Bibliothèque numérique
medic@

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

1890, série 02, tome 12. - Paris, 1890.
Cote : Exemplaire de l'Académie nationale de médecine

PARIS biu Santé

Exemplaire de l'Académie nationale de médecine
Adresse permanente : http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?90170x1890x02x12

© ANM

Le Progrès Médical

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE

Rédacteur en chef: BOURNEVILLE.

Secrétaire de la Rédaction : Marcel BAUDOUIN

DIX-HUITIÈME ANNÉE

TOME XII (2e série). — 1890

Illustré de 55 figures dans le texte

BIBLIOTHÈQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

COLLABORATEURS PRINCIPAUX :

BADIE (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.), CAPUS (G.), CHABBERT, CHARCOT (J.-M.), COMBY (J.), CORNILLON (J.), CRUET (L.), DAMALIX, DARIER, DEBOVE, DELASIAUVE, FÉRÉ (CH.), GILLES DE LA TOURETTE (G.), JOSIAS (A.), JOFFROY, JOUSSET DE BELLESME, KERAVAL, LANDOUZY (L.), LAVERAN (A.), LELOIR (H.), LOYE (P.), MAGNAN, MALHERBE (A.), MARCANO (G.), MARIE (P.), MAUNOURY (G.), MAYGRIER, MONOD (CH.), MUSGRAVE CLAY (R. de), NAPIAS (H.), PELTIER (G.), PETIT-VENDOL (CH.-M.), PILLIET (A.), PITRES, POIRIER (P.), PONCET (de Cluny), RANVIER, RAOULT (A.), RAYMOND (E.), REGNARD (P.), RENAUT (J.), REVERDIN (de Genève), RICHER (P.), ROUSSELET (A.), SÉGLAS, SEVESTRE (A.), SIMON (J.), SOLLIER, STRAUS (I.), TALAMON (CH.), TARNIER, TEINTURIER (E.), TERRIER (F.), 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.

Audry, Bazy, Bitot, Blocq, Casper, Cathelineau, Dagonet, Darier (A.), Demmler, Edwards (Bl.), Eperon, Gillet, Guinon (G.), Guinon, (L.), Isch-Wall, Jaquet, Journiac, Ladame, Laroyenne, Louis, Martha, Martin (A. J.), Morax, Moriez, Ollivier (A.), Plicque, Pouzet, Pozzi (S.), Pujol, P. Raymond, Regnier (L.-R.), Rigollat, Roubinovitch, Sérieux, Sorel, Targoula, Terson, de Wecker.

PARIS

AUX BUREAUX DU JOURNAL

14, RUE DES CARMES, 14.

68

© ANM

TABLE DES MATIÈRES

N. B. — **Rechercher par ordre alphabétique, non seulement dans la succession régulière des lettres, mais aussi aux articles suivants :** Revues diverses; — Nécrologie.

A

Abadie, 405.
Abcès sous-diaphragmatique, par perforation d'un ulcère de l'estomac, 325.
Académie de médecine, 233, 389, 407, 424, 430, 493; — *Elections*, 355, 389, 439. — *Prix*, 499, 500, 526.
Académie de médecine de Turin, 188.
Académie des sciences, 355, 403, 414.
Accouchées (Remarques sur la température des — et sur les accidents infectieux réputés tardifs, 162, 240.
Acétanilide, 189.
Accouchements (Cours d'), 419.
Achondroplasie, 188.
Achromatopsie (Examen de l' —), 172, 173.
Aérocèle du cou, 170.
Afrique (Peuplement primitif du Nord de l' —), 31. — Aiguille-crochet, 52.
Albarran, 157.
Albuminurie (Contribution expérimentale à la pathogénie de l' — et de la néphrite), 90.
Aliénés (Modifications à apporter à la nouvelle législation sur les —), 117; — (Du sulfonal chez les —), 317, 417; — (Service des — en Autriche), 207.
Alimentation des enfants malades, 487.
Allemagne (La médecine en —), 146.
Ambulances (Voitures des — à Paris), 41; — Mobilisation d'une — divisionnaire), 58.
Amnésie, Astasie et Abasie, 1, 116.
Amygdaline (De l' — considérée comme maladie contagieuse et infectieuse), 73.
Anatomie (Cours d' —), 402, 420.
Anastomose de l'intestin grêle et de l'S iliaque pour un anus contrenature ombilical compliqué de rétrécissement des deux bouts, 458.
Anatomie pathologique (Conférences d' —), 393.
Anatomie générale (Cours élémentaire d' — et notions de Technique histologique), 270.
Anesthésie expérimentale, comparée à l' — chirurgicale, 26.
Anesthésie locale pour les opérations, 311.
Anomalies musculaires, 31.
Anthropologie (Ecole d' —), 358.
Anthropologiques (Excursions —), 209, 242.
Antifébrine (Intoxication chronique par l' —), 189; — (Accidents dus à l' —, 189.
Antipyrèse chez l'enfant, 134.
Antipyrétiques (Action comparée des —), 189.
Antipyrine (Empoisonnement par l' — avec formation de fausses membranes dans la bouche et symptômes de laryngite striduleuse), 189; — (Empoisonnement par l' —), 189; — (Contre-indications de l' —), 189.
Antipeptiques (Dose de diverses substances —), 8.
Antiseptique gazeux (Son action sur la bactérie pyogène de l'infection urinaire), 438.
Antisepsie à l'Hôpital des Enfants, 134.
Antisepsie rectale, 167, 184.
Antiseptol, 123.
Antiseptiques (Délivrance des — aux sages-femmes), 257.
Anurie calculeuse (Cas d' — suivi de mort), 73, 324. — Aristol, 9.
Arloing, 270.
Artériel (Rétrécissement généralisé du système —), 500.
Arsénic (Nouveau procédé pour différencier les taches d' — des taches d'antimoine), 479.
Appendicite (Traitement de l' —), 91; — Discussion sur l' —), 285, 325.
Apophyses géni (Prothèse des —), 154, 200.
Asepsie et antisepsie a l'hopital Bichat, 155, 175, 204, 237, 254, 287, 305.
Ashby, 134.
Asiles d'aliénés, 17, 312, 323, 414, 493.
Asiles d'aliénés de France (Concours pour l'admissibilité aux emplois de médecins adjoints des Asiles publics d'aliénés), 444, 469.
Asiles d'aliénés de la Seine (Concours pour la bourse de voyage des Asiles d'aliénés de la Seine), 193; — Concours d'internat, 509.
Asile d'aliénés de Bron, 242, 493.
Asile Sainte-Anne (Statistique et fonctionnement de la clinique de l' —), 117.
Asiles de convalence de Vincennes et du Vésinet, 349.
Assainissement de Marseille, 242; — de la ville de Rouen), 242.
Assainissement de la Seine, 192; — en Angleterre, 520.
Assistants dans les hôpitaux, 505,
Assistance publique, 173, 209, 325.
Assistance publique (l' — dans le département de Sambre-et-Loire), 191.
Assistance privée a Paris, 17.
Assistance publique (Laïcisation de l' —), 309; — (Laïcisation de l' — et dépenses), 328.
Association des Dames Françaises, par Rousselet, 489.
Association française pour l'avancement des sciences, 78, 358.
Association mutuelle des médecins aliénistes, 234.
Association of american physician (Transactions of the —), 270.
Association des douanes françaises, 469, 489.
Association médicale britannique, 389.
Association générale des étudiants de Paris, 309, 359, 430.
Association des médecins de l'Ain, 193.
Association des médecins de réserve et de l'armée territoriale, 469.
Association des étudiants des Ecoles et Facultés de province, 359.
Association mutuelle des médecins aliénistes, 234.
Association des Amis de l'Université de Nancy, 91.
Association microbiennes, 158; — (Rapports de la septicémie gangréneuse et du tétanos pour servir à l'étude des — virulentes), 403.
Astasie, abasie, 137.
Astigmatisme (Diagnostic de l' — irrégulier et de sa correction à l'aide des verres cylindro-coniques), 481. — Astsigmatisme faible, 200.
Ataxie locomotrice d'origine syphilitique guérie par le traitement spécifique, 30; — (Contribution au traitement et à la pathologie de l' —), 140.
Athétose double (Encore sur l' —), 270.
Atrophie thyroidienne chez les idiots, 115.
Audry, 1. — Auscher, 89.

B

Babès, 158.
Baccalauréat de l'enseignement secondaire classique (Projet de loi sur le —), 95.
Bacille de Koch (Localisation articulaire du —), 404.
Bacille pathogène (Sur un — trouvé dans les urines pathologiques), 69.
Bacille typhique (Procédé de re herche du —), 69.
Bactériologie, 107.
Ballaud, 499. — Ballet, 425. — Baraduc, 144. Baratoux, 463, 477. — Barth, 11. — Barthélemy, 28, 485. — Bataillon, 158.
Baudouin (Marcel), 12, 28, 53, 72, 91, 155, 175, 186, 204, 208, 235, 236, 239, 250, 253, 254, 267, 285, 287, 305, 311, 316, 426, 460, 480, 527.
Bayol, 123.
Bazy, 9, 425.
Beauregard, 69.
Bec-de-lièvre (Hérédité du —), 294.
Béchamp, 155.
Belliard, 54.
Béranger, 483.
Berger, 118, 284 285, 426.
Bergonié, 144.
Bergmann (Von), 136.
Béribéri, 69.
Bérillon, 138.
Bernard (La tragédie de Claude —), 77.
Berthelot, 438.
Bertillon, 74.
Besnier, 484.
Bettencourt, 170.
Bicêtre (Histoire de —), 202.
Bichat (Asepsie et antisepsie à l'hôpital —), 155, 175, 204, 254, 287, 305.
Bibliothèques (Comité des —), 429, 466.
Bilhaut, 72, 158.
Biliaire (Dilatation de la vésicule, traité par la cholécystectomie, 517.
Biologie végétale (Laboratoire de —), 258.
Biondi, 156.
Bitot, 447, 448.
Bjerrum, 172.
Blanchard, 25, 432.
Blennorrhagie des nouveaux-nés et sa prophylaxie, 141.
Blépharoplastie (Nouveau procédé de —, 410.
Blocq, 25, 156.
Boé, 186.
Boisleux, 136.
Boisseau du Rocher, 480 — Boissons à essences, 598
Boix, 52.
Bohr, 117,
Bonnier, 488.
Borrel, 50.
Bouchard, 111, 266.
Boucher, 133.
Boucheron, 50, 460.
Bouilly, 53.
Boulangers (Stigmates professionnels des —), 74.
Boulland, 145.
Bourdeau d'Antony, 155.
Bourneville, 3, 32, 36, 61, 67, 78, 79, 88, 126, 147, 232, 233, 265, 283, 289, 298, 300, 309, 320, 326, 331, 333, 444, 490, 491.
Bourses (Concours pour l'obtention des — de doctorat et — de pharmacie pour l'année 1890-91), 223.
Bourses d'études, 389, 390, 414.
Bourses de licence, 414.
Bourquelot, 284.
Brailey, 186.
Brissaud, 90.
Brivois, 426.
Broca, 426.
Brouardel, 405.
Brocq, 484.
Bröse, 189.
Brower, 140.
Brown-Séquard, 9, 517.
Bruxelles (Université de —) (Étudiants et police à l'), 427.
Buquoy, 520.
Bunge, 187.
Burckhard, 137.
Bureaux de bienfaisance (Les pharmaciens des —), 75.

C

Cachexie pachydermique (Contribution à l'étude de la —, par Bourneville), 3, 61, 126, 147.
Caillé, 135.

© ANM

Calcanéum (Fracture du —), 233.
Calculs vésicaux, 32. — Biliaires, 517.
Calomel (Sur la prétendue toxicité du —), 12.
Canal de Nuck (Persistance du — avec hydrocèle réductible), 217.
Cancer latent de l'estomac, 406.
Cannabis indica (Sur le — dans le traitement des maladies de l'estomac), 90.
Capitan, 204, 300.
Capus, 32, 74, 144, 154, 171, 484.
Carcinome encéphaloïde, 145.
Cardiopathies artérielles (Phénomènes d'intoxication particulière dans les —), 145.
Castel (Du), 29.
Castration pénale, 422.
Cataracte secondaire (Traitement opératoire de la —), 140.
Cataracte (Un quart de siècle consacré au perfectionnement de l'extraction de la —), 415.
Cataracte (Sur le traitement de la capsule pendant et après l'extraction de la —), 140.
Cataracte (Cas de guérison de folie à la suite d'une opération de la —), 116.
Cathétérisme du col utérin (Mort déterminée par un simple — au cours de manœuvres abortives), 73.
Cathelineau, 230, 295, 334, 496.
Caudran, 410.
Cazenave de la Roche, 485.
Cellule nerveuse (La), 488.
Céphalo-rachidien (Liquide —), 404.
Cerveau (Des fibres intracorticales du — dans les démences), 45.
Cervelet (Fonctions du —), 31, 74.
Chabrié, 438.
Chambres frigorifiques pour la conservation des viandes, 268.
Champignons (Sucre dans les —), 284.
Champignons (Empoisonnement par les —), 226.
Chantemesse, 52, 111, 324. — Chaput, 458.
Charbon (Tentative d'axphysie par la vapeur de —), 11.
Charcot, 83, 99, 179, 195, 230, 259, 275, 295, 394, 496. — Chardin, 457.
Charpentier, 116.
Charrin, 25, 50, 90, 284, 404, 423, 438.
Chatin, 457, 488.
Chauveau, 68, 117, 118, 404, 438.
Chauvel, 233, 251.
Chemins de fer du Nord (Médecins de la Compagnies des —), 436.
Chemins de fer (Hygiène des —), 249.
Chémieux, 144, 155, 171.
Cheveux (Faux), 209.
Chimie médicale (Cours de —), 420.
Chimisme stomacal, 51.
Chirurgie antiseptique (Organisation de la — en temps de guerre), 136.
Chirurgie clinique et expérimentale, 9.
Chirurgie (Congrès français de —), 304, 407.
Chirurgie (Traité de —), 303.
Chirurgie du système nerveux central, 137.
Chloratropomorphinisation, 71.
Chloroforme (Discussion sur le —), 50.
Chloroforme (Des cas de mort par le —), 55.
Chloroforme (Action physiologique du —), 24.
Chloroforme (Dangers spéciaux de la période d'excitation vraie déterminée par l'inhalation des vapeurs du — et des moyens d'y remédier), 10.
Choroforme et voleurs, 396.
Cholecystectomie, 517.
Choléra (Traitement du —), 190, 390.
Choléra infantile (Sur le — et le poison cholérique), 156. — Cholécystomie, 251.
Choléra, 97, 223, 239, 288, 308, 326, 390, 444, 467, 489, 505, 527.
Choléra : *En Espagne*, 13, 36, 56, 78, 93, 97, 118, 145, 160, 177, 192, 206, 430 ; — *au Tonkin*, 58 ; — Prophylaxie du —, 194.
Choréoptisme (Application du — à l'obstétrique,) 170.
Christian, 33.
Cirrhose hépatique (Hémorrhagies intestinales survenues aux cours de la —), 301.
Cirrhose (Sur la — tuberculeuse), 323.
Claudot, 519.
Clinique générale de Paris, 350.
Clinique nationale ophtalmologique des quinze-vingts, 349.
Cobayes (Oblitération expérimentale du canal cholédoque chez les —), 157.
Cocaïne (Réaction caractéristique de la —), 187.
Cocaïne (Empoisonnement par la —), 192.
Cocaïnisme (Observation de —), 115.
Cocaïnisme (Forme prolongée du —aïgu), 458.
Coccidies parasites (Sur deux espèces nouvelles de — de l'épinoche et de la sardine), 8.
Cœur (Arrêts prolongés du —), 9.
Cœur (Sur la pathogénie des affections du — de croissance et de surmenage), 156.
Colin, 458.
Colique saturnine (Excrétion de l'azote urinaire dans la —), 90.
Collège de France, 352, 390, 446, 493.
Collyres, 186.
Colpocèle postérieure et son traitement, 75.
Combemale, 90, 153.
Comby, 285, 439.
Comité d'hygiène publique de France, 41, 463, 469.
Condamnés a mort (Les — à la Faculté de Médecine), 15.
Confraternité, 242.
Congrès (Semaine des —), 89.
Congrès scientifiques (Utilité des —), 207.
Congrès et réunions scientifiques de l'été en 1890, 17.
Congrès d'Anvers (Congrès pénitentiaire et d'assistance publique), 274, 461.
Congrès international contre l'abus de l'alcool, 313.
Congrès des Américanistes à Paris, 283, 313.
Congrès international de médecine a Berlin, 8, 38, 56, 103, 120, 132, 141, 159, 172, 174, 183, 186, 221, 235, 257, 313.
Congrès international de médecine a Rome en 1893, 207.
Congrès de Limoges (Assoc. franç. pour l'Av. des Sc.), 96, 104, 144.
Concrès des médecins aliénistes francais, 75.
Congrès allemand de médecine interne, 493.
Congrès français de chirurgie, 304, 467.
Congrès national d'aliénation mentale de Rouen, 113.
Congrès néerlandais des sciences médicales, 529.
Congrès odontologique, 242.
Congrès odontologique de Suisse, 286.
Conjonctivite (Pathologie de la — contagieuse aiguë), 141.
Conjonctivite granuleuse (Traitement de la —), 460.
Conjonctivite granuleuse (Traitement chirurgical de la —), 511.
Conseil général des facultés de Paris, 41.
Conseil supérieur de l'instruction publique, 390, 529.
Constant, 482.
Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, 226.
Contagieuses (Mesures sanitaires adoptées aux Etats-Unis et en France pour combattre la propagation des maladies —), 301.
Contagieuses (Mesures prises en Amérique contre les maladies —), 390. — Précautions à prendre contre les maladies —, 497.
Contraction (Participation des plaques motrices terminales des nerfs musculaires à la dépense d'énergie qu'entraîne la —), 117.
Corectopie (De la —), 460.
Cormeilles (Foyers préhistoriques de —), 74.
Cornil (Ouverture du cours de M.), 437.
Corps vitré (Des altérations du — des yeux glaucomateux), 186.
Coste de Lagrave, 133. — Courmont, 89, 404, 438.
Cours de vacances, par Bourneville, 233.
Coutagne, 482. — Cow-pox, 517.
Crane (Fracture comminutive du —), 53.
Crane colombien, 74.
Crémation, 41, 206, 209, 505 ; — (La — à Manchester), 310.
Crico-thyroïdien (Innervation du muscle —), 144.
Critzmann, 156.
Crombie, 189.
Crouigneau, 303.
Crouzat, 75.
Cullerre, 132. — Cubarine, 517.
Cutanées (Clinique des maladies — et syphilitiques), 420.
Cutanées (De quelques modifications apportées au manuel opératoire dans le traitement de certaines affections —), 155.
Cuyer, 31.

D

Dacryadénite aigue, 410.
Dagonet, 34.
Damaschino (Souscription au buste du professeur —), 390.
Darier, 267, 409, 460, 511.
Debierre, 410.
Debove, 91, 285, 301, 325, 518.
Décapités (Expériences sur les —), 193.
Déjerine, 25, 49, 69.
Délire chronique à évolution systématique, 138.
Délire du toucher, 138.
Delthil, 171.
Delotte, 145.
Démence, 19.
Démence paralytique (Anatomie pathologique de la —), 137.
Démences précoces, 116.
Demmler, 475.
Denigès, 479.
Dentaire (Bibliographie de l'art —), 585.
Depaul (Comité pour l'érection d'un buste à la mémoire du professeur —), 414.
Dépopulation de la France, 50, 217, 233, 240, 251, 266, 301, 324, 404, 405, 424, 458, 479, 518.
Dépot mortuaire municipal (Inauguration d'un —) par Rousselet, 507.
Dermatite exoliatrice primitive, 29.
Dermatologie (Revue de —), 269.
Dermatoses (Remarques sur les — vaso-motrices) 28.
Dermatose mycosique, 25.
Dermatoses (Pathogénie de l'élément cutané dans certaines —), 145.
Dermographie, 439.
Desnos, 26, 136, 266, 305.
Despagnet, 410.
Desprès (Interpellation — à la Chambre), 77.
Diabète sucré (Sur la cause et le traitement du—), 158.
Diapédèse (Influence des produits solubles du bacille pyocyanique sur la —), 69.
Diarrhée (Acide lactique dans le traitement de la —), 10.
Diarrhée infantile (Traitement de la — par le lait stérilisé), 285.
Dieulafoy, 111, 406, 410, 420.
Digestions pancréatiques chez l'enfant à l'état de santé ou de maladie, 134.
Digestion stomacale normale du nourrisson, 135.
Digitale (Expériences sur l'influence de la — sur la température normale et sur son action antipyrétique dans la fièvre typhoïde), 54.
Digitale (Discussion sur la —), 72.
Digitaline, 12.
Digitaline (Pouvoir diurétique de la—cristallisée), 30.
Diphtérie, 242.
Diphtérie (Traitement de la — par la glace), 458.
Diphtérie (Nature et traitement de la —), 227, 246.
Diphtérie (Prophylaxie contre la —), 135, — (Immunité dans la —), 502.
Dispensaire pour enfants a Toulouse, 183.

© ANM

SPENSAIRES (Les — des hôpitaux), par Bourneville, 67.
STINCTIONS HONORIFIQUES, 17, 80, 90, 96, 122, 146, 150, 161, 274, 313, 390.
IGTS (Adhérences vicieuses des —), 52.
NNAT, 483.
NS ET LEGS, 17.
IR, 404, 438.
SE antiseptique de diverses substances, 8,
WALL (Cameron Mac —), 190.
BUC, 485. — DUBIEF, 136. — DUBUISSON, 113, 132. — DUCHAUSSOY, 426. — DUJARDIN-BEAUMETZ, 510. — DUHRSSEN, 136. — DUPONCHEL, 458. — DUVAL (M.), 323, 398, 404, 495.

E

AU OXYGÉNÉE (Propriétés antiseptiques de l'—), 153.
AU (Variations de composition de l'— distribuée à Paris), 302.
AUX A PARIS, par Rousselet, 14, 72.
AUX A TOULOUSE (Distribution des —), 146.
AUX (Hygiène des villes d'—), 241
AUX MINÉRALES, 209; — (Vente des —), 223.
COLES { — dentaire de Paris), 360, 492; — (— dentaire de France), 414; (Distribution des Prix), 427, 428; — (— municipales d'infirmières de la ville de Paris), 289; — (— municipales d'infirmières de la Salpêtrière), 257; — (— municipales d'infirmières de la Pitié), 274; — (— municipale d'infirmière à Bordeaux), 509 (— de médecine de province), 265; — (— préparatoires de médecine et de pharmacie), 375; — (— de médecine et de pharmacie d'Alger), 58, 150, 161, 370, 469, 492, 529; — (— de médecine d'Amiens), 375, 389, 446; — (— de médecine d'Angers), 96, 141, 375, 529; — (— de médecine de Besançon), 376, 446, 509, 529; — (— de médecine et de pharmacie de Caen), 58, 376, 529; — (— de médecine de Dijon), 379, 446; — (— de médecine et de pharmacie de Clermont-Ferrand), 209, 376, 529; — (— de Grenoble), 376; — (— de médecine et de pharmacie de Limoges), 58, 377, 529; — (— de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille), 371; — (— de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes), 121, 146, 372, 414, 469, 529; — (— de Poitiers), 377; — (— de médecine et de pharmacie de Reims), 378, 389, 529; — (— de médecine de Rennes), 294, 378, 446; — (— de médecine et de pharmacie de Rouen), 379, 389, 529; — (— de médecine et de pharmacie de Tours), 122, 312, 379; — (— de plein exercice de médecine et de pharmacie de Toulouse), 373; — (— de médecine et de chirurgie de Montréal, 383; — (— supérieure de pharmacie de Paris), 113, 354, 389, 446, 469, 529; — (— supérieure de pharmacie de Montpellier), 102, 121, 529; — (— supérieure de pharmacie de Nancy), 102, 363, 529; — (— de pharmacie de Gand), 380; — (— spéciale de pharmacie de Bruxelles, 380; — (— pratique des Hautes-Études), 389, 445; — (— de médecine navale), 80, 93, 242; — (— spéciale du service de santé de la Marine), 307, 330; — (— annexes du service de santé de la Marine), 257.
. *de Brest*, 379.
. *de Rochefort*, 379.
. *de Toulon*, 379.
. (— préparatoire à l'enseignement supérieur des sciences et des lettres de Chambéry), 161; — (— des sciences et lettres de Rouen), 389; — (— du Val-de-Grâce), 121, 177, 178, 359, 390; — (— du service de santé militaire de Lyon), 366; — (— vétérinaire de Berlin), 81.
COLES DE PROVINCE (Les —), par Bourneville, 965.
CREVISSES (Mode d'attache des — nouvellement écloses), 69.
LECTIONS, 51, 90, 424, 458.
LECTRICITÉ (Exécution par l'—), 307.
ELECTRICITÉ (Un hôpital éclairé par l'—), 314.
ELECTROLYSE linéaire, 73.
EMBRYOLOGIE (Précis d'), 504.
ELECTRISATION intra-stomacale, 144.
EMPOISONNEMENT, 95.
ENCYCLOPÉDIE (Grande —), 183, 209.
ENFANTS (faux témoignage des —), 412.
ENFANTS ASSISTÉS (Historique de l'organisation du service des — dans les différents pays), 134.
ENSEIGNEMENT médical libre, 57, 121, 311, 329, 350, 429, 527.
ENSEIGNEMENT secondaire (Réforme de l'—), 6, 47.
ENTÉRO-ANASTOMOSE, par Chaput et Terrillon, 458.
ENDOMÉTRITE CHRONIQUE traitée par les flèches de chlorure de zinc, 73.
EPAULE (Désarticulation de l'—), 480.
EPERON, 471.
EPIDÉMIES, 77, 229, 499; — (— de variole à Madrid), 390; — (— de variole) 430.
EPIDIDYME (Anatomie de l'—), 133.
EPILEPSIE, 33.
EPILEPSIE SENSITIVE, 39.
EPILEPSIE JACKSONNIENNE (prépanation tardive dans un cas d' —), 133.
EPILEPTIQUES (Toxicité des urines chez les —), 284.
EPITHELIUM (Vascularisation de l' — dans les crêtes acoustiques des vaisseaux), 457.
EPSTEIN, 134.
ERRATUM, 161, 242.
ERYTHÈME NOUEUX chez les enfants, 439.
ERYTHRODERMIE chronique à poussées aiguës, début probable d'un mycosis fongoïde, 409.
ERGOT DE SEIGLE (Dangers de l' — et de l'ergotine après l'accouchement), 170.
ESPACE (Le sens auriculaire de l' —), 488.
ESTOMAC (Cancer latent de l' —), 406.
ESTOMAC (Moyen de doser la quantité d'acide chlorhydrique que contient l' — de l'homme), 404.
ETHER (buveurs d'—) 435
ETERNEMENT (Sur l' — réflexe par excitation lumineuse), 323.
ETUDIANTS (Statistique des — dans les Facultés et Ecoles françaises), 216.
ETUDIANTS EN MÉDECINE (Service militaire des —), 389.
ETUDIANTS EN MÉDECINE (Incorporation des —), 313.
ETUDIANTS à Strasbourg, 81.
ETUVES A VAPEUR (Installation d' —), par Bourneville, 79.
EXALGINE, 266.
EXCITATEUR (Nouvel — manométrique rectal), 144.
EXERCICES DU CORPS, 204.
EXPOSITION MÉDICO-SCIENTIFIQUE, 207.
EXOSTOSES (Note sur un squelette atteint d' — ostéogéniques multiples) 427.
EXOSTOSES ostéogéniques multiples, 26, 52.

F

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX, 17, 80, 121, 146, 330, 367, 389, 429, 468, 492, 493, 528.
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE, 17, 58, 113, 121, 146, 274, 330, 364, 445, 493, 529.
FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON, 17, 96, 121, 132, 183, 312, 365, 430, 469, 492, 528.
FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, 113, 125, 361, 389, 413, 429, 430, 492.
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY, 146, 307, 330, 362, 414, 430, 492, 529.
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, 17, 24, 41, 96, 161, 178, 242, 274, 289, 306, 307, 312, 330, 333, 386, 445, 468, 492, 506, 528. — *Cours libres*, 387; — Ce que coûtent l'éclairage et le chauffage à la Faculté de médecine de Paris, 329. — *Thèses*, 16, 40, 56, 311, 329, 412, 429, 445, 468, 492, 509. — *Actes*, 16, 39, 56, 288, 311, 329, 412, 429, 445, 467, 491, 508.
FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE, 412, 506.
FACULTÉ (Une — de médecine à Marseille), 17, 41, 78, 445.
FACULTÉ DE DOUAI (Une), 320.
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BEYROUTH, 383.
FACULTÉ DE MÉDECINE DE BRUXELLES, 379.
FACULTÉ DE MÉDECINE DE GAND, 380.
FACULTÉ DE MÉDECINE DE GENÈVE, 381.
FACULTÉ DE MÉDECINE DE LAUSANNE, 382.
FACULTÉ DE MÉDECINE DE LIÈGE, 381.
FACULTÉS DES SCIENCES, 193.
FACULTÉ DES SCIENCES DE BESANÇON, 413, 492.
FACULTÉ DES SCIENCES DE BORDEAUX, 146.
FACULTÉ DES SCIENCES DE CAEN, 445, 468.
FACULTÉ DES SCIENCES DE CLERMONT, 528.
FACULTÉ DES SCIENCES DE DIJON, 429, 445.
FACULTÉ DES SCIENCES DE GRENOBLE, 330.
FACULTÉ DES SCIENCES DE LYON, 468, 528.
FACULTÉ DES SCIENCES DE MONTPELLIER, 389, 413, 429, 430.
FACULTÉ DES SCIENCES DE NANCY, 121.
FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS, 193, 242, 329, 352, 492, 528.
FACULTÉ DES SCIENCES DE POITIERS, 274, 429.
FACULTÉ DES SCIENCES DE RENNES, 413, 528.
FANTON, 170.
FARABEUF, 402.
FAUVELLE, 30, 74.
FÉLIZET, 408.
FEMMES-MÉDECINS, 194, 493.
FEMMES-MÉDECINS (Diplômes décernés aux —), 192.
FÉMUR (Sur l'incurvation du —; saillie de la ligne âpre et ensemble des caractères préhistoriques du membre inférieur), 74.
FÉRÉ, 284, 323, 438, 479.
FÉRÉOL, 258, 324, 439.
FERNET, 441.
FER (Nouveau procédé de dosage du — contenu dans le sang), 457.
FERRANINI, 8.
FERREIRA DA SILVA, 187.
FEULARD, 408, 409.
FIBROMES UTÉRINS (Traitement des — par l'électricité), 52, 70.
FIBROMES (Cure radicale des — par le courant continu), 426.
FIBROMES UTÉRINS (Traitement des —), 406.
FISTULE BILIAIRE, 404.
FISTULE RECTO-VAGINALE, 417, 425.
FISTULES RECTO-VAGINALES (Nouveau procédé de traitement des —), 251.
FISTULE URINAIRE (Traitement d'une — rétropénienne), 251.
FIÈVRE INTERMITTENTE (Note sur la — chez les enfants de Paris), 426.
FLEURY (De), 466.
FOIE (Application de la ligature élastique à l'ablation d'une partie du —), 153.
FOIE (Contribution à l'étude de la physiologie du —), 270.
FOIE (Abcès du — traités par incision franche), 69.
FOL (H.), 9.
FOLIE PUERPÉRALE, 16.
FOLIE TRAUMATIQUE, 132.
FOLIE DU DOUTE, 138.
FOLIE (Travail sur la — dans les prisons), 133.
FOLIE (Cas de guérison de — à la suite d'une opération de la cataracte), 116.
FOLLICULITE (Deux variétés de —), 485.
FONTAN, 410.
FORMULES, 16, 40, 57, 96, 161, 208, 468, 492, 509.
FORT, 302. — FOIE des Sélaciens, 499.
FOURNIOUX, 9.
FOURNIER, 410, 420.
FRANÇOIS, 153.
FRANK, 10.
FRANCKE, 186.
FRANKLINISATION (Note sur quelques considérations peu connues de la — ou électrothérapie statique), 481.

© ANM

Franklinisation interne dans la neurasthénie, 480.
Friedreich (Sur un cas de maladie de —), 89.
Friedreich (Malattia del), 201.
Furonculose (Traitement antiseptique de la —), 487.
Fumée (Foyers industriels de —), 469.

G

Gaches-Sarraute (Mme), 170.
Gadaud, 145.
Gale folliculaire, 498.
Galezowski, 26, 268, 481.
Gallemaerts, 186.
Galliard, 425.
Galvanocautère. (Des bons effets du — dans les complications cornéennes de l'ophtalmie purulente, 183.
Gamaleia, 25 ,499.
Gand (Ecole de pharmacie), 380.
Garmal, 207.
Garcin, 54.
Gassen, 69.
Gaucher, 30, 70.
Gaudichier, 188.
Gauran, 116.
Gautier, 420.
Gautrelet, 160.
Gellé, 158, 328.
Gémy, 29.
Génésique (Fonction — chez le cobaye), 404.
Genou (Luxation du — en dehors), 519.
Géni (Prothèse des apophyses —), 154, 200.
Génitaux (Absence des organes — chez deux sœurs), 503.
Genou (Résection du —), 91 ; — (Traitement des tumeurs blanches du —), 458.
Gibier, 153.
Giffard (Legs), 81.
Gilbert, 54, 300, 323.
Gilles de la Tourette, 203, 230, 295, 394, 496.
Gillet, 134, 452.
Gillet de Grandmont, 54, 460.
Giraud, 117.
Glaucome (Perfection de la périmétrie et du champ visuel en cas de —), 172.
Gley, 9, 49, 50, 69, 90, 284.
Gœthe (La mort de —), 225.
Goerbersdorf (Le Sanatorium de —), 315.
Gorecki, 53.
Goupil, 28, 408.
Goutte chez la femme ; la multiplicité de ses formes, la transformation apparente de ses manifestations), 285.
Grancher, 187, 397.
Greffe cancéreuse dans les kystes de l'ovaire, les sarcomes de l'ovaire, les papillomes de l'abdomen, 519.
Grehant, 323.
Grippe (Rapport sur l'épidémie de — de Saint-Lô), 26; — (Sur la — au point de vue chirurgical), 153.
Gradles, 172.
Grossmann, 141, 172.
Guelpa, 32.
Guéniot, 118, 234.
Guérin, 50, 200.
Guermonprez, 157.
Guerrier, 254.
Guignard, 90.
Guinon (Georges), 304 ; — (Louis), 134, 227, 246, 275.
Guyon, 297.
Gynécologie (Traité de — clinique et opératoire), 235.

H

Hache, 53, 69, 174, 200.
Hallopeau, 28, 408, 409, 458, 484.
Haensell, 186.
Hanche (Intervention complète pour une luxation complète de la —), 425.
Harant, 116.
Hardy, 424.
Hatton, 189.
Hayem, 10, 51, 70.
Hédon, 323.
Helianthus annuus, 487.
Hématomyélie (Contribution à l'étude de l'—), 136.
Hémimèle (Bras d'un enfant —), 30.
Hématozoaires des oiseaux, 25.
Hémoglobine (L'— se trouve-t-elle dans le sang à l'état de substance homogène?), 118.
Hémoglobine (Combinaisons de l'— avec l'oxygène), 117.
Hémoglobine (Sur les combinaisons de l'— avec l'acide carbonique et avec un mélange d'acide carbonique et d'oxygène), 153.
Hémorrhagie vaginale chez une enfant de trois ans), 32.
Hémorrhoïdes du col de la vessie, 157.
Hénocque, 404.
Henneguy, 50 423.
Henriot, 458.
Héricourt, 8.
Hernies étranglées, 144.
Hernies internes rétro-péritonéales, 130, 151.
Herpès en cocarde confluent du tronc, 484.
Histologie (Manuel technique d'—), 488.
Homéopathie, 197.
Hirn (Hommage à —), 273.
Houzel, 458.
Heubner, 135.
Histologie (Cours d'—), 398.
Histologie bactériologique (Revue d'—), 326.
Hiatz, 405.
Histoire naturelle (Conférences d'—), 422.
Hôpitaux (Laïcisation des —, dépenses), 283 ; — H. de Bordeaux, 390 ; — H. de Dieppe, 178 ; — H. de Lille, 330; — H. de Lyon, 146, 390, 493; — H. civils de Marseille, 9, 81, 493; — H. de Nancy, 446.
Hôpitaux de Paris, 17, 41, 122, 224, 246, 274, 290 330, 313, 339, 414, 430, 443, 446, 469, 493, 509, 529; —amphithéâtre d'anatomie des—, 221 ; —Concours d'externat des—, 229 ; — Organisation des services de chirurgie dans les —, 84 ; — Concert de la Salpêtrière. 39 ; — Chronique des —, 18, 42, 58, 82; — (Enseignement clinique dans les —), 349 , 526; (— pour les diphtériques à Paris), par Bourneville, 414, 490.
Hôpitaux de Rouen, 390.
Hôpital dirigé par des femmes, 31.
Hopital français de Londres, 24.
Hopital cantonnal de Genève, 80.
Hopitaux maritimes, 310.
Hospice national des Quinze-Vingts (Clinique nationale ophtalmologique de —), 428.
Hospitalières (Réformes —), 491.
Horsley, 137, 139.
Horteloup, 251.
Hotels (Des) en hygiène, par Bourneville, 232.
Hydradénome des paupières avec complication d'épithéliome, 408.
Hygiène (Revue d'—), 253; — (— des chemins de fer), 192 ; — (— publique), 170, 390 ; — (Le projet de loi sanitaire au comité d'— publique de France), 388; — (— scolaire), 313; — (— des lycées), 469 ; — (— des armées en Allemagne), 178 ; — (— des pompes funèbres), 242; — (Une exposition d'— à Lyon), 314 ; — (Concours public pour un emploi de sous-directeur au bureau d' — de Lyon), 122; (— des villes), 162, 283, 390; — (— de la ville de Caen, 414; — (L'— à Lyon), 223; (— de la ville de Paris), 313; — de l'adolescence, 505 ; — et secret médical, 507.
Hypertension artérielle (Maladies de l'—), 145.
Hystérectomie abdominale, 144.
Hystérectomies abdominales sus-vaginales, 425.
Hystérectomie abdominale (Traitement du pédicule dans l'— par la ligature perdue), 200.
Hystérie (Nutrition dans l'—), 230, 295, 391.
Hystériques (Applications des résultats obtenus au diagnostic positif et différentiel des diverses manifestations —), 394.
Hystériques (Œdème bleu des —), 259, 275.
Hystériques (Mensonges des —), 303.
Hystéropexie (Note sur trois observations d'— pour prolapsus utérin), 1.
Hystéro-neurasthénie traumatique, 448.
Hypnotisme, 446, 496.
Hypnotisme (L'— devant la British Medical Association), 282.
Hubert-Sattler, 141.
Huchard, 30, 145, 425.
Humphreys, 189.
Hutchinson, 187.

I

Icard, 34.
Ichthyol, 503.
Idées délirantes communiquées, 116.
Idiots (Atrophie thyroïdienne chez les —), 115.
Idiotie myxœdémateuse, 409.
Ictère (Epidémie d' — dans le royaume de Saxe), 135.
Ictères infectieux (Les — bénins et la maladie de Weil), 278.
Immunité acquise (Etude expérimentale du rôle attribué aux cellules lymphatiques dans la protection de l'organisme contre l'invasion du Bacillus anthracis et dans le mécanisme de l' —), 438.
Impaludisme (Parasites de l'—), 220
Infectieuses (Isolement des maladies —), 302.
Infectieuse (Théorie de la maladie —, de la guérison, de la vaccination et de l'immunité naturelle), 266.
Infection (Essai d'une théorie de l'—), 112.
Infection (Influence des nerfs sensitifs sur les —), 439.
Infirmiers, 489.
Infirmiers et brancardiers (Cours d'—), 300.
Infirmières (Ecole d'—), 242.
Infirmiers militaires (Recrutement des —), 314
Infirmiers (Distribution des prix aux élèves de écoles municipales d' — et d'infirmières de Bicêtre), 149.
Influenza (Sur quelques effets neuro et psychopathiques de l'—), 236.
Influenza (l' — en France), 258, 452.
Influenza en Allemagne, 162, 188, 203, 323.
Influenza en Espagne, 274.
Institut de médecine légale a Paris, 444.
Institut national des sourds-muets, 396.
Institut de vaccination animale à Saigon, 446.
Internes en médecine (Doctorat des —), 490.
Internat en pharmacie, 17.
Intestin grêle (Anastomose de l' — et de l' iliaque), 458.
Iris (Plexus nerveux de l'—), 460.
Iscovesco, 217.
Italienne (La science — appréciée par les Italiens 232.

J

Jaccoud, 403.
Jacquet, 28, 145.
Jardin d'acclimatation, 76.
Jasiewick, 73.
Javal, 200, 217, 233.
Joffroy, 51.
Journaux (Nouveaux —), 23, 198, 390, 494.
Journiac, 19, 391.
Judson, 54.
Juhel-Renoy, 406.
Jullien, 157.
Jurisprudence médicale (Manuel pratique de — 251.

K

Kératocone pellucide (Traitement du —), 410
Keraval, 45, 92, 504.
Kirmisson, 52, 458.
Koch et ses nouvelles découvertes, 454, 470.
Kœnig, 54, 156, 460, 482.
Kola (Noix de —), 515.
Knapp, 140.
Kyste dentaire (Dent incluse dans un — opéré 12.
Kyste dermoïde de la nuque, 145.
Kyste dermoïde de la région ovarienne droite 480.

© ANM

Kystes hydatiques (Traitement des — du foie), 75.
Kystes poplités (Pathogénie des —), 136, 291.
Kystes ovariques et sarcomes (Greffe dans le—), 539.
Kystes uniloculaires de l'ovaire, 145.
Kystes spermatiques (Pathogénie des —), 133.

L

Laboratoire de zoologie maritime de Luc-sur-Mer, 430.
Laborde, 31, 50, 423, 438, 483, 499, 517.
Laboulbène, 68, 117, 419.
Lacaze-Duthiers, 3.
Lactée (Sécrétion — chez les nouveau-nés), 91.
Ladame, 138, 235.
Lagneau, 50, 70, 231, 301.
Laguesse, 25, 69.
Laïcisation des Hôpitaux de Paris, 77, 521.
Laïcisation et Assistance publique, 467, 506.
Laïcisation de l'Assistance publique, par Bourneville, 309, 328.
Laïcisation des Écoles, 162.
Lait (Nouvelles recherches sur le —), 155.
Laillier, 115.
Laïques et religieuses, 310.
Lamantin (Recherches sur l'estomac du —), 50
Lancereaux, 518.
Landolt, 172.
Lannelongue, 68, 398.
Laparotomie exploratrice, 404; — (— Exploratrice pour vérifier l'état des intestins), 426; — dans la péritonite, suite de fièvre typhoïde, 512.
Lapicque, 437.
Largier, 52.
Larynx (Rapports du — avec le système nerveux moteur), 139.
Laroyenne, 1.
Laveran, 11, 25, 324, 458.
Leclerc, 26, 519.
Le Dentu, 153, 251; — *Banquet* —, 313.
Ledouble, 10.
Le Fort, 402.
Legroux, 26, 52.
Leidy, 54.
Lejars, 403.
Lemaistre, 155, 170, 171.
Lenoir, 404.
Lèpre oculaire (Rapport sur un travail du Dr Lopez sur la —), 84.
Lèpre (La — en Nouvelle-Calédonie), 194, 208.
Lesage, 158.
Léthargiques (Urine dans les états — prolongés), 116.
Letulle, 10, 301, 302, 399.
Leucocytes (Résistances des — aux diverses températures), 251.
Ley, 485.
Lézard (Morsures des —), 82.
Libbrecht, 173.
Lichen plan en voie de guérison, 408.
Lithotritie (Indications de la —), 136.
Livache, 302.
Livon, 144.
Love, 189.
Louis, 312.
Loye (P.), 23.
Luc, 136.
Lucas-Championnière, 91, 459.
Lunettes (Sur la monture des —), 481.
Lupus traités à Berlin par la lymphe de Koch, 484.
Luxation pathologique de la bouche au cours d'une fièvre typhoïde, 519.
Luys, 404.
Lymphangiectasie gommeuse de nature probablement tuberculeuse, 28.
Lymphangite gommeuse et variqueuse, 498.

M

Madarest du Basty, 502.
Magnan, 19, 211, 391, 399.
Maison nationale de Charenton, 348.
Mahoudeau, 74.
Mal de mer et sulfate de quinine, 235.
Mal de Pott (Un point de pratique dans le traitement du —), 54.
Maladie bleue, 404.
Maladies mentales (Cours de —), 399.
Maladie de Morvan, 51.
Malfilatre, 114.
Manouvrier, 74.
Marais salants (Faune des —), 423.
Marcano, 482.
Marchand, 407, 459.
Marie, 236, 270.
Marinescu (G.), 25.
Mars, 75.
Marseille (Une Faculté de médecine à —), par Bourneville), 78.
Martha, 73, 254, 302.
Martin, 187.
Massalongo, 270.
Mathieu, 404, 424, 451.
Maurel, 251.
Mauriac, 29, 485.
Maxillaire inférieur (Tumeur du —), 50.
Maxillaire supérieur, 426.
Mayet, 144, 170.
Maygrier, 400.
Médecin (Le bon —), 240.
Médecins et médecine, 390.
Médecins (Moyenne de la vie chez les —), 146.
Médecin-bienfaiteur, 390.
Médecins des Lycées, 58.
Médecins au Parlement, 81.
Médecins de la Compagnie des chemins de fer du Nord, 437.
Médecins de l'armée territoriale (Code des —), 505.
Médecins et Clergé, 506.
Médecins conseillers généraux, 146, 162, 430.
Médecins conseillers d'arrondissement, 97.
Médecins de la marine, 390.
Médecine (Exercice illégal de la —), 428.
Médecine et art vétérinaire, 430.
Médecine légale, 469.
Médecine (Loi sur l'exercice de la —), 17.
Médecine légale: Frais de la dernière maladie dans le cas de faillite, 98.
Médecins au XVIe siècle (Les —), 102.
Médecine et littérature, 466.
Médecine (Enseignement municipal de la —), 331.
Médecine (Exercice illégal de la —), 428.
Médecine (Histoire de la —), 419.
Médecine (Revue de —), 217.
Médecine opératoire (Cours de —), 403.
Médical (Statistique du corps — suisse), 188.
Médical (Mortalité dans le corps —), 97.
Médicale (Réclame — d'un médecin Vendéen en 1890), 429.
Médical (Réforme de l'enseignement —), 425.
Médine, 135.
Méduse (Irritation produite par les tentacules de la —), 313.
Mégnin, 498.
Mendel, 137.
Meng (Louis), 173, 287.
Meningitis (A case of chronic — probably syphilitic and causing progressive dementia), 201.
Menstruelle (La femme pendant la période —), 34.
Merklen, 27, 91, 406, 425.
Métrite du corps et du col, 118.
Meynert, 135.
Michaux, 519.
Microbes (Recherches sur les —), 89.
Microbiens (Injections des produits solubles — et leurs résultats dans les tissus, 25.
Microbiennes (Associations —), 158, 403.
Microcéphalie (Craniectomie dans la —), 68.
Midi (Hôpital du — et ses origines), 222.
Mierzejewsky, 138.
Migraine ophtalmoplégique, 83, 99.
Minjard, 75.
Minor, 136.
Miquel, 266, 300.
Missions scientifiques, 97, 238, 390, 521.
Moissan, 479.
Monod (Ch.), 56, 520.
Monod (Dr Gustave), 311.
Montpellier (Fêtes du VIe Centenaire de l'Université de —), 36.
Morale (Evolution de la —), 203.
Morax, 9, 464.
Mordret, 115.
Moriez, 415.
Mort subite, 505.
Mortalité à Paris, 16, 41, 57, 80, 96, 121, 161, 178, 193, 209, 226, 257, 274, 290, 312, 329, 389, 413, 429, 445, 468, 492, 509.
Mortalité en Angleterre, 208.
Mortillet (De), 74.
Mortuaire (Dépôt), 507.
Morvan (Maladie de —), 25.
Motet, 412
Mouvements volontaires (Sur les rapports qui existent entre l'énergie et la rapidité des —), 479.
Muscle (Elasticité active du —), 68.
Muscle (Influence exercée sur l'échauffement du — par la nature et le nombre des changements d'état qu'elles excitent dans le faisceau contractile), 117.
Muscle (Energie consacrée à la création de l'élasticité du — dans le cas de contraction dynamique), 68.
Muscle (Energie consacrée à la création de l'électricité active dans le cas de contraction statique du —), 68.
Musculaires (Sur un appareil enregistreur de l'énergie des mouvements —), 323.
Muséum d'histoire naturelle de Paris, 17, 97, 353, 390, 452, 476, 493.
Mutisme hystérique (Contribution à l'étude du—), 201.
Myomotomie (De la —), 136.
Myxœdème (Sur un cas de — amélioré par la greffe thyroïdienne), 425.
Myxœdème (Un cas de — traité par la greffe hypodermique du corps thyroïde du mouton), 170.
Myxosporidés (Sur la sporulation chez les —), 404.

N

Napias, 154.
Natalité (diminution de la — en France), 67.
Natalité a Paris, 16, 41, 57, 80, 96, 121, 161, 178, 193, 209, 226, 241, 257, 274, 290, 312, 329, 389, 413, 429, 445, 468, 492, 509.
Natalité et dépopulation de la France, 483.
Naphtaline (Condamnation d'un pharmacien pour substitution de la — au naptol), 215.
Naphtol (accroissement de solubilité du —), 423.
Nécrologie, 18, 40, 42, 58, 82, 98, 121, 127, 162, 178, 194, 210, 226, 241, 258, 274, 290, 314, 330, 390, 414, 430, 446, 470, 494. — *Amagat*, 40. — *André*, 430. — *Arnold*, 82. — *Astaxi*, 258. — *Baudisson*, 82. — *Baume*, 194. — *Becker*, 590. — *Belot*, 430. — *Bélot*, 446. — *Berthiaud*, 82. — *Boggs*, 274. — *Bourguet*, 274. — *Bourhis*, 42. — *Bouvier*, 58. — *Browne*, 194. — *Burguet*, 194. — *Burgun*, 290. — *Brémond*, 314. — *Caisso*, 290. — *Calmette*, 330. — *Carbo*, 470. — *Carelide Tavienès*, 210. — *Carré*, 530. — *Chancerel*, 82. — *Charge*, 122. — *Chancel*, 194. — *Chavane*, 470. *Chevrel*, 290. — *Chollet*, 446. — *Censier*, 98. — *Clament*, 530. — *Claudio André*, 210. — *Du Claux*, 000. — *Cocat*, 162. — *Coccius*, 470. — *Coppinger*, 470. — *Coppola*, 530. — *Coulier*, 194. — *Coursières*, 274. — *Cornelly*, 194. — *Craninx*, 194. — *Cugnet*, 82. — *Degueureau*, 82. — *Deligny*, 210. — *Dequevauviller*, 58. — *Dele*, 82. — *Demange*, 58. — *Demarle*, 314. — *Desruelles*, 210. — *Douglas*, 258. — *Dumoulin*, 162. — *Duménil*, 210. — *Duranty*, 314. — *Edwin*, 122. — *Eysserie*, 290. — *Faissolle*, 194. — *Franc*, 58. — *Faye*, 210. — *Ferrand*, 162. — *Feulard*, 122. — *Fevre*, 18. — *Garimond*, 194. — *Van*

© ANM

Gayer, 418. — *Goguillot*, 470. — *Goubaut*, 16. — *Grad*, 42. — *Grimaud*, 162. — *Hallez*, 122. — *Handfield*, 290. — *Hardy*, 241. — *Hergott*, 330. — *Hoffmeister*, 210. — *Hornemann*, 18. — *Isambert*, 330. — *Jacobson*, 530. — *Von Jebuffy*, 210. — *Jeronimo Triana*, 390. — *Labosse*, 82. — *Larguier*, 194. — *Lassègue*, 330. — *Lebeau*, 210. — *Lecadre*, 258. — *Lefèvre*, 274. — *Lehmann*, 290. — *Leroy*, 390. — *Obsèques de M. le Dr Paul Loye*, 34. — *Mac Gill*, 470. — *Marec*, 446. — *Maria de Seuna*, 330. — *Masselon*, 481. — *Mathieu*, 470. — *Maugin*, 330. — *Michel*, 290. — *Michon*, 258. — *Millet*, 162. — *Millet-Fontarabie*, 42. — *Monod*, 290, 311. — *Montero-Rios*, 446. — *Morricaud*, 162. — *Moreau-Marmont*, 290. — *Neugebauer*, 162. — *Ocano*, 290. — *Olive*, 274. — *Pæpe (C. de)*, 527. — *Pagès*, 290. — *Palle*, 530. — *Palleu*, 470. — *Péaard*, 82. — *Pernin*, 274. — *Pichot*, 530. — *Piéchaud*, 530. — *Pincus*, 162. — *Pothier-Duplessy*, 98. — *Quesnay*, 530. — *Raoult-Deslongchamps*, 82. — *Rasquinet de Jupille*, 414. — *Riche*, 330. — *Riber*, 314. — *Ribes*, 290. — *Ritter Von Barth de Barthenau*, 000. — *Rollin*, 98. — *Roth*, 274. — *Rouyer*, 274. — *Saint-Noulin*, 82. — *San Juano*, 122. — *Sennet (de)*, 446. — *Selenski*, 194. — *Serney*, 414, *Soguet*, 530. — *Sviy*, 210. — *Sthohr*, 290 — *Talon*, 446 — *Tanqueray*, 530. — *Toussaint*, 121. — *Turnescu*, 390. — *Valette*, 210. — *Verollot*, 530. — *Verne*, 390. — *Vogel*, 290.

NÉLATON, 425.

NÉMATODE (Sur un — parasite du poumon chez le dauphin), 457.

NÉPHRITE (Contribution expérimentale à la pathogénie de l'albuminurie et de la —), 90.

NERFS (Artères et veines des —), 403.

NERFS (Lésions latentes des — chez les vieillards), 90.

NERVEUX (Evolution du système —), 236.

NEURO-MUSCULAIRES (Nature des faisceaux —), 25.

NEURASTHÉNIE ET HYSTÉRO-NEURASTHÉNIE TRAUMATIQUE, 447, 448.

NETTER, 89.

NÉVRITE APOPLECTIFORME, 69.

NÉVRITE OPTIQUE rhumatismale, 53.

NÉVRITE RÉTROBULBAIRE CONSÉCUTIVE A L'INFLUENZA, 471.

NICOLAS, 457, 460. — NOCARD, 266.

NOIX DE KOLA, 515.

NŒVI VERRUQUEUX de la face, 409.

NOMINATIONS DIVERSES, 98, 162, 209, 226, 313, 320, 494.

NUCLÉOLE (Modifications nucléaire intéressant le — et pouvant jeter quelque jour sur sa signification), 8. — NUEL, 186.

NUTRITION DANS L'HYSTÉSIE, 230.

NUTRITION DANS L'HYPNOTISME, 496.

O

OBSESSION (Forme spéciale d' — chez un héréditaire), 133.

OCCLUSION INTESTINALE (Un cas d' — aiguë liée à une entérite produite par un exanthème scarlatineux, 475.

OCULAIRE (Appareil de L. Gérard pour la détermination des corps étrangers magnétiques à l'intérieur du globe —), 186.

ODONTOLOGIE (Section d' —) du Congrès de Berlin, 173.

ŒIL (Adaptation de l' — normal et pathologique), 172.

ŒIL (Démonstration relative à l'endothélium de la chambre antérieure de l'—), 186.

ŒIL (Deux cas de paralysie des muscles de l' — par action traumatique directe sur les muscles), 264.

ŒSOPHAGE (Varices de l'—), 301. — (Rétrécissement de l' — traité par l'électrolyse linéaire, 302.

ŒSOPHAGE (Extraction d'un corps étranger de l' — par le procédé du Dr Créquy), 72.

ŒSOPHAGE (Cas de cancer de l' — à début dyspnéique), 70.

ŒSOPHAGIEN (sac lymphatique — des grenouilles), 499.

OLÉCRANE (fracture de l') et suture osseuse, 501.

OLIVIER, 300. — ONANOFF, 25.

OPHTALMIE SYMPATHIQUE (Traitement de l'—), 50, 268, 405, 410.

OPHTALMIE SYMPATHIQUE (Rapport sur l'—), 186.

OPHTALMIES SYMPATHIQUES (Débridement circulaire du globe oculaire dans les —), 26.

OPHTALMOLOGIE, 415.

OPHTALMOLOGIE (Revue d' —), 303.

OPHTALMOLOGIQUES (Démonstrations —), 187.

OPHTALMOLOGIQUE (Clinique —), 397.

OPHTALMOMÉTRIQUES (Observations —), 187.

OPHTALMOMÈTRE (L'influence de l'angle α sur les résultats de l'ophtalmométrie et sa détermination à l'aide de l' — de Javal), 187.

OPHTALMOPLÉGIE externe survenue pendant l'influenza et simulant la nona, 54.

OPPENHEIM, 137.

OPTIQUE (résection du nerf — dans l'ophtalmie migratrice), 411.

OPTIQUE (Section et arrachement du nerf —), 268.

ORÉXINE (Chlorhydrate d'—), 284.

OREILLE (plis du pavillon de l'— au point de vue de l'identité), 145.

OSTÉOMYÉLITE (Abcès central de la diaphyse du fémur, 118.,

OSTÉITE pendalnt le cours de la fièvre typhoïde), 52.

OTITE ET PARALYSIE FACIALE, 158.

OVARO-SALPINGITES (Discussion sur le traitement des — par la voie vaginale) 27.

OZONE (Propriétés antiseptiques de l' —), 153.

P

PAIN (Procédé de fabrication d'un — de conserve), 457.

PALUDISME (Examen du sang au point de vue de la recherche de l'hématozoaire du —), 458.

PAMARD, 404.

PAMBOTANO (Le) succédané de la quinine, 76.

PANAS, 397.

PANCRÉAS (Expériences sur l'extirpation du —), 323.

PANOPHTALMIE (De la conduite à tenir en présence d'une — à marche aiguë), 186.

PAPILLITE par influenza, 53.

PAPILLOMES (Greffe des —), par Bouilly, 519.

PARAMÉTRITE PUERPÉRALE (Traitement de la — par le racIage de l'utérus), 234.

PARAPLÉGIE totale, 155.

PARASITISME CUTANÉ, 452.

PARALYSIE FACIALE, 323.

PARÉSIE FACIALE HYSTÉRIQUE, 324, 425.

PARALYSIE INFANTILE (Epidémie de —), 135.

PARALYSIE GÉNÉRALE, 139 ; — (Considérations sur l'urine dans la —), 115 ; — (Discussion sur l'action de la syphilis dans la —), 114 ; — (Etiologie de la —), 113 ; — (Histoire anatomo-pathologique de la —), 138 ; — (Rôle étiologique des myélopathies dans la —), 114 ; — (Note sur la — conjugale), 132 ; — (Rapports de la syphilis et de la — progressive), 113.

PARALYSIE DES NERFS DE L'ŒIL, 495, d'origine hystéro-traumatique, 501.

PARINAUD, 53.

PASSY, Frédéric (de l'Institut), 507.

PATHOLOGIE INFANTILE (Clinique de —), 397.

PATHOLOGIE Chirurgicale (Cours de —), 398.

PATHOLOGIE Interne, 399, 420.

PAUPIÈRES (Greffe de peau de grenouille employée à la restauration des —), 54.

PAZET (Maladie du), 503.

PÉAN, 26.

PÉLERINS (Règlement applicable au retour des —), 207.

PELLAGUE, 504.

PELTIER (G.), 34, 93, 204.

PERFORATIONS produites d'une façon spontanée, 412.

PÉRIER, 426.

PÉRI-MÉTRO-SALPINGITE, 43, 59, 123, 164.

PÉRITONITE PUERPÉRALE (Sur un cas de — traitée par la laparotomie), 156.

PÉRITONITE TUBERCULEUSE, 285 ; — (Laparatomie pour —), 459.

PÉRITONITE par perforation due à la fièvre typhoïde et laparatonie, 512.

PERSÉCUTEURS-PERSÉCUTÉS, 211, 243, 391.

PÉRITYPHLITE, 156.

PÉTER, 401.

PFEUGER, 187.

PHARMACEUTIQUES (Impôt sur les spécialités —), 288, 298, 320, 326, 390, 444, 505.

PHARMACIE (Loi sur l'exercice de la —), 18.

PHARMACIES DES BUREAUX DE BIENFAISANCE, par Bourneville, 32.

PHARMACIENS, 476.

PHARMACIENS homicide, 510.

PHARYNX (Phlegmon aigu du —), 406.

PHARYNX NASAL (Végétations adénoïdes du — aux divers âges), 136.

PHÉNACÉTINE dans la coqueluche et la bronchite, 189 ; — (Effets de la —), 159.

PHISALIX, 438, 457.

PHLEGMON, 439.

PHLEGMON AIGU du pharynx, 406.

PHLEGMONS péri-amygdaliens, 155.

PHOTOGRAPHIE judiciaire, 74.

PHYSIOLOGIE (Conférences de —), 421.

PIED-BOT congénital (Traitement précoce du —), 158.

PIC (A.), 427. — PICARD (H.), 32.

PICQUÉ, 304.

PIGMENTATION abdominale particulière, 408.

PINARD, 419.

PITRES, 447, 448.

PILLIET, 9, 25, 50, 69, 90, 224, 270, 278, 284, 301, 404, 424, 458, 499

PLACENTA des rongeurs, 404.

PLEURÉSIES PURULENTES (Quelques points du traitement des — par la thoracotomie antiseptique), 414, 520 ; — (Traitement de la — par la ponction suivie d'injection, 324 ; — (Trois cas de — traités par l'incision postérieure de Walther), 200 ; — et grossesse, 504.

PLICQUE, 294.

PLOMB (Présence du — dans l'eau dite de Seltz), 479.

PNEUMOCOQUE (Fréquence relative des différentes manifestations dues au —), 89.

PNEUMONIE (Traitement de la — grave par les bains froids), 11.

POÊLES MOBILES (Asphyxie par les —), 317, 414, 446.

POIRIER (Paul), 291, 305, 420.

POLAILLON, 118.

POLICLINIQUE de Paris, 171, 320, 359, 427, 430, 452, 467, 530.

POLYMYÉLITE, 25.

POLYNÉVRITES, 25.

POLYPE NASO-PHARYNGIEN (Ablation d'un — avec trachéotomie préalable), 155.

POPULATION (Mesures à prendre pour rendre moins faible l'accroissement de notre —), 70.

PORAK, 188.

PORCELAINIERS (Sclérose du poumon chez les —), 171. — POTAIN, 155. — POUCHET, 90.

POUMON (Sclérose du poumon — chez les porcelainiers), 171.

POUZET (Paul), 315.

POZZI, 23, 43, 59, 123, 164, 267, 459, 489.

PRÉPUCE (Sur la formation du — et du sillon rétro-préputial), 284.

PRESSE MÉDICALE (Du rôle de la — dans le traitement de la tuberculose par la méthode de Koch), 467.

PRESSE Médicale française (Hostilités de la — contre le Congrès international de Berlin), 56.

PRÉSTERNAL (Muscle), 10.

PRISMES (Numérotage des — dans la pratique ophtalmologique), 172.

PROSECTORAT d'anatomie pathologique dans les hôpitaux, 490.

PROSTITUTION (Règlement de la — à Paris, 98.

© ANM

Protoplasma (Réactions que présente le — dans les cellules des plantes), 301.
Provence (Coutumes superstitieuses en —), 483.
Pseudo-tuberculose mycosique, 111.
Psorospermies (Sur le rôle des — dans le développement de plaques épithéliales et de certains épithéliomas de la vessie, 157.
Psychiatrie (Revue de), 91.
Psychoses (Excisions d'écorce cérébrale comme contribution au traitement chirurgical des —), 137. — Ptérygion, 267.
Pyocyanique (Lésions produites par le bacille —), 284; — (Maladie — chez l'enfant), 90.
Pyoctanine (Contribution à l'étude de la —), 217.
Pyopneumothorax interlobaire traumatique, 174.
Pyosalpinx, 486.

Q

Quénu, 403, 459, 549.
Quinine (Action du sulfate de — contre le mal de mer), 190.
Quinquaud, 9, 284, 399.

R

Rate (Déchirure de la — dans un cas d'infanticide), 482.
Rate et pancréas, 25.
Raillet, 457.
Ramos vices, 172.
Ranvier, 499.
Raoult, 13, 30, 72, 517.
Raymond (P). 30. 144, 269, 410, 456, 479, 485, 498.
Raymondaud, 155, 156.
Rayons ultra-violets (De l'action des —), 187.
Réaction (Sur la rapidité des temps de —), 438.
Rebourgeon, 69.
Rebouteurs et médecins, 241.
Reclus, 91.
Rectopexie postérieure, 325.
Rectum (Résection du — pour un cancer annulaire, 458.
Réformes hospitalières, par Bourneville, 491.
Réfraction (De la — au Mexique et de ses relations avec celle d'Europe), 172.
Refuge-ouvroir, 41.
Régis 113.
Regnard, 24.
Regnault, 500.
Regnier, 27, 113, 115, 302, 325, 439, 458.
Rein (Pathogénie des déplacements du —), 155; — plaie du — 518.
Religieuses hospitalières, 506.
Rémond, 424 457.
Renault, 29.
Rendu, 439.
Renzy (De), 158.
Résection du fémur, 502.
Respiratoires (Sur les centres —), 423.
Ressemblance entre époux, 9.
Rétinol (Du — comme nouveau véhicule des médicaments dans les injections hypodermiques), 302.
Retterer, 284, 301, 404, 439.
Revaccination (Des — dans les écoles communales du VII[e] arrondissement pendant l'année 1890), 427.
Reale, 158.
Reynier, 71, 421.
Ricard, 425.
Richelot, 52, 200.
Richet, 8, 423.
Rivet, 145.
Rochard, 266.
Rodriguez, 270.
Roehlmann, 140.
Roger, 284, 324, 439.
Rongeurs (Placenta des —), 323, 404.
Rosander, 156.
Rotureau, 254.
Roubinovitch, 317, 442, 417.
Rouillard, 117.
Roussel, 479.
Rousselet, 15, 39, 80, 120, 206, 427, 428, 489, 505, 507.
Routier, 459, 470, 519.

S

Sages-femmes (Congrès des — à Berlin), 257. — (Cours de vacances pour les —), 505.
Sages-femmes (Les) septiques en Prusse, 215.
Salinger, 189.
Salol, 405.
Salpêtrière (Le concert de la —), par Rousselet, 39.
Salpingites énormes, 407.
Salpingo-ovarites (De l'ouverture vaginale des — suppurées), 12.
Sanatorium maritime de Banyuls-sur-Mer, 494.
Sanatorium de Vernet, 344.
Sanchez-Toledo, 284.
Sanitaire (Le projet de loi — au comité d'hygiène publique de France), 388; — Office — à Vienne, 521.
Sang (Examen du — au point de vue de la recherche de l'hématozoaire du paludisme), 458 — (Des globules du — des hommes, des hauts plateaux, 517).
Sang (Appareil pour mesurer la vitesse du —), 69.
Sang (Procédé nouveau de dosage du fer dans le —), 457.
Sang et du plasma (Influence des récipients sur la coagulation du — à des températures diverses), 144.
Sang de bœuf alcoolisé et défibriné, 144.
Saturnisme (Epidémie de —), 170.
Saturnisme chronique (Recherches expérimentales sur les troubles nerveux du — et sur les causes déterminantes de leur apparition), 153.
Saury, 115.
Scarlatine, 431; — (Emploi de l'acétate d'ammoniaque à haute dose dans le traitement de la —), 118.
Sciatique (Sur la scoliose dans la —), 236.
Science (La — et les hommes qui la font), 444.
Scientifique (Matériel — dans les lycées), 493.
Scientifique (Liberté de l'Enseignement —), 527.
Schirmer, 172.
Schmitt, 412.
Schneller, 172.
Schukart, 156.
Sclérodermie du bras, 484.
Scrofuleux (Traitement par le séjour au bord de la mer chez les —), 217.
Secret professionnel, 503.
Segond, 407, 480.
Sée, 90.
Sée (Clinique médicale de M.), 437.
Séglas, 116.
Sels métalliques (Sur quelques —, ceux de strontiane en particulier), 56.
Sels neutres (Observations sur l'action des — et du chloral sur les globules du sang), 170.
Semmola, 90.
Semon (Magnathas), 138, 139.
Sérieux, 19, 138, 391.
Serrano, 170.
Sérum (Propriétés bactéricides du —), 324.
Service de santé de la marine, 102, 209, 283.
Service de santé militaire, 150, 313, 430, 486, 491.
Service médical de nuit à Paris, 208, 491.
Sevestre, 227, 246, 431, 458.
Sidérosis de l'œil, 187.
Siredey, 406.
Société anatomique, 357.
Société d'anthropologie, 436, 530.
Société internationale d'assistance, 82.
Société de biologie, 82, 274, 355, 423, 495.
Société de chirurgie, 357, 407, 425.
Société française de dermatologie, 470.
Société d'hygiène, 98.
Société d'hygiène de l'enfance à Paris, 494.
Société médicale des Hôpitaux, 357, 425.
Société médicale d'arrondissements a Paris, 508.
Société de médecine, d'hydrologie, etc., 358.
Société de médecine légale, 357, 390.
Société de médecine pratique, 426.
Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, 41, 357, 430, 470, 520.
Société médico-chirurgicale de Brabant, 313.
Société médico-psychologique, 313.
Société pour la propagation de la crémation, 494.
Société de médecine de Toulouse (Programme des prix de la Société de médecine, chirurgie et pharmacie), 209.
Société royale des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, 313.
Sociétés savantes, 18, 359.
Sœurs de charité et exercice de la pharmacie, 171.
Soins urgents, 508.
Sollier, 116, 117, 133, 154, 200, 234, 266, 285, 301, 456, 457, 458, 478, 480, 498.
Somalis, 160.
Spécialités pharmaceutiques (L'impot sur les —), par Bourneville, 289, 298, 320, 326, 444, 505.
Steinhaus, 157.
Stöhr, 488.
Strabisme (Contribution à la théorie du — fondée sur les recherches anatomo-pathologiques), 172.
Strabisme latent (Méthode pour déterminer le —), 172.
Strabisme névropathique, 141.
Strabisme (Procédé opératoire du — par avancement musculaire), 200.
Straus, 69, 517.
Strontiane (Sel de), 489.
Suc gastrique (Moyen de déterminer la valeur quantitative des divers facteurs de l'acidité du —), 424.
Suicide (Tentative de — par piqûre d'épingle), 193.
Sulfonal chez les aliénés, 317, 417.
Sulfurés (Localisation dans les tissus des essences —), 90.
Suggestion (Auto —), cause d'hystérie, 133.
Suggestion hypnotique (Indications formelles de — en psychiatrie et en neuropathologie), 138.
Suggestion hypnotique (Solution du problème de la —), 201.
Suggestion post-hypnotique, 486.
Sulzer, 187.
Supplicié (Observations sur un), 284.
Surmont, 90.
Suspension dans les maladies du système nerveux, 219.
Suttle, 189.
Syphilis (— médullaire précoce), 51; — (Rapports de la — cérébrale et de la paralysie générale progressive), 113; — (Influence de la — sur la genèse et l'évolution de cette affection), 113; — (Relation de la — et de la paralysie générale), 113; — (Cas de — communiquée par un mari à sa femme 4 ans et 9 mois après l'accident primitif), 29; — (Recherches sur 27 autopsies de fœtus ou enfants mort-nés hérédo-syphilitiques), 28.
Syphilitiques (Clinique des maladies cutanées et —), 420; — (Observation de chancre — labial herpétiforme), 29.
Syphilome ano-rectal, 409; — (— chancriformes tertiaires), 29.
Syringomyélie, 25, 51; — (Contribution à l'étude de la —), 136; — (Etat du champ visuel dans la —), 49.
Swon-Burnets, 141.

T

Tabes aigu (Observation de — d'origine syphilitique, 29.
Tabes aigu, suivi de guérison complète, 410.
Tachycardie essentielle paroxystique, 199, 518.

© ANM

Tarnier, 401.
Tarsotomie, 111.
Teissier, 144.
Telohan, 8, 404.
Ténotomie (— à ciel ouvert), 11.
Terrier (Félix), 84, 154, 204, 251, 254, 287, 305, 404, 425, 517.
Terrillon, 153, 426, 458, 519.
Terson, 264, 495.
Testiculaire (Action du suc — chez la femme), 9; — chez l'homme, 517.
Testicule (Examen histologique d'un — atteint de lésions éléphantiasiques), 153.
Tétanique (Poison —), 424.
Tétanique (Présence du bacille — dans le tube digestif d'animaux sains, 300.
Tétanos (Contribution à l'étude du — du cœur), 49.
Tétanos (Etiologie du — et sa vaccination chimique par la strychnine), 266.
Tétanos (Présence du bacille du — dans les excréments du cheval et du bœuf à l'état sain), 284.
Thiriergе, 484, 507.
Thunias, 69.
Thyroïde (Corps) (Physiologie pathologique du —), 156.
Thyroïdectomie en Suède, 146.
Thyssen, 127.
Tic spasmodique du voile du palais, de la luette et des piliers, 406. — Tillaux, 217, 403. — Tisné, 73. — Tison, 145.
Tissu adénoïde dans le tube digestif des Poissons cartilagineux, 404.
Tenia saginata (Note sur la difficulté de reconnaître les cysticerques du — dans les muscles du veau et du bœuf), 68, 117.
Tenia probablement nouveau, 90.
Toledano, 427.
Toxémie cataméniale héréditaire, 458.
Toxine du vibrion de Metschinkoff, 499.
Trachéotomie (Conséquences opératoire après la —), 171.
Trachome (Influence de la race dans l'étiologie du —), 141.
Trachome (Rapport sur le —), 140.
Trachome (Répartition géographique du —), 141.
Transfert (Sur le — à distance, à l'aide d'une couronne de fer aimanté), 404. — Trasbot, 12.
Trelle, 517.
Tremblements hystériques, 179, 195.
Trépanation tardive dans un cas d'épilepsie Jacksonienne, 133.
Trépanation du crane, 90.
Trijumeau (Paralysie du), 495.
Trouville (Fièvre thypoïde à —), 274.
Tuffier, 25.
Tuberculose, 465.
Tuberculose (Nouveau traitement de la —), 422, 428, 454, 463, 485, 486.
Tuberculose (Influence de la transfusion péritonéale du sang de chien sur l'évolution de la — chez le lapin), 18.
Tuberculeux (Destruction du virus — par les essence évaporées sur la mousse de platine, 300.
Tuberculose (Différences qui peuvent exister entre la — des gallinacés et la — humaine), 284.
Tuberculose péritonéale (Laparotomie d'emblée pour la —), 156.
Tuberculose (Mode de traitement et de vaccination de la — expérimentale), 187.
Tuberculose (Méthode de Koch à Berlin), 462, 502.
Tuberculose (Une forme gélatineuse ou myxomateuse de la —), 156.
Tuberculose (Œuvre de la), 494.
Tuberculose (Effets de transfusion du sang de chien aux lapins sur l'évolution de la —), 423.
Tuberculose laryngée (Discussion sur le traitement de la —), 136.
Tuberculose (Sur la — des gallinacés), 300.
Tuberculose (Vaccination d'une forme de —), 438.
Tuberculose pulmonaire (Valeur du traitement de la — par les inhalations d'acide fluorhydrique), 54.
Tuberculose (La lymphe de Koch considérée comme remède secret), 482, 506, 527; — (La méthode de Koch à l'hôpital Laënec), 456, 477, 497, 521; — (La méthode de Koch à Berlin), 462; — à Götteingue, 521; — (La méthode de Koch à Leipzig), 487; — (La méthode de Koch à l'hôpital Saint-Louis), 478, 428); — (à l'hôpital Trousseau), 498; — (Le remède de Koch dans la — laryngée), 476; — (Action de la méthode de Koch), 500.
Tumeur dans la partie interne et supérieure avec colobome irien), 53.
Tumeurs blanches (Production expérimentale de — chez le lapin par inoculation intra-veineuse du bacille de Koch), 438.
Tumeur fibro-kystique, 144.
Tumeurs (Signification des — décrites comme tumeurs à coccidies), 50.
Typhoïde (Fièvre) à Arles, 290; — à Nancy, 258; — à Grenoble, 290; — à Lyon, 290; — à Nevers, 469; — (Traitements et mortalité de la — dans les hôpitaux de Paris), 27; — (La — à Trouville), 226, 258; — (Antisepsie intestinale dans la —), 144; — (Traitement de la — par les bains froids, 91, 406; — (Épidémies de —), 313, 529; — De la laparotomie dans les perforations dues à la —, 542.

U

Ulcères de jambe (Guérison d' — par l'autoplastie italienne modifiée), 284.
Union des Femmes de France, 430.
Universités (Demandes d' —), 18.
Universités étrangères, 17, 47, 122, 312, 330, 383, 493; — Barcelone, 494, Bruxelles, 314; — Fribourg, 38; — de langue française, 379; — U. de Bruxelles, 427, 454; — U. à Besançon, 509; — U. à Dijon, 18; — U. de — à Grenoble, 258; — U. de — Lyon, 258; — U. de Marseille, 207; — U. de Montpellier, 36, 98, 162, 207.; — U. de Nancy, 43, 189; — U. à Nantes, 82; — U. de à Poitiers, 41, 194; — U. à Toulouse, 82, 162, 194.
Universités (Le projet de loi sur les — au Sénat, 330; — (Reconstitution des — françaises), 15, 41.
Urée (Sur le ferme soluble de l' —), 266.
Urée (Nouvelle méthode de dosage de l' —), 300.
Urinaires (Clinique des maladies des voies —), 397.
Urinaires (Traité élémentaire des maladies des voies —), 305.
Urèthre (Traitement des rétrécissements traumatiques du canal de l' —), 251.
Utérus (Accidents consécutifs à la cautérisation de l' — par le crayon de chlorure de zinc), 267.
Utérus (— fibromateux et gravide), 53.
Utérin (Incision du col —), 136.
Utérine (Rupture — et pénétration du fœtus dans la cavité péritonéale, et guérison spontanée), 118.
Utérine (Réparation de la muqueuse —), 499
Utérus (Sarcomes de l' —), 426.
Utérus (Traitement des suppurations ayant l' — pour origine), 26.

V

Vaccination aux Etats-Unis, 314.
Vaccination en Hollande, 311.
Vaccinations publiques a Milan, 209.
Vaccination (De la loi sur la —), 507.
Vaccine et con-pox, 517.
Vagin (Note sur un cas d'obturation totale du —), 188.
Vaginale (Incision de la cloison —), 136.
Vaillard, 424.
Valcourt (De), 301.
Valude, 141, 187, 410.
Varicocèle (Opération du — par le procédé Horteloup), 75.
Variole (Epidémie de), 323.
Variole dans l'armée, 183.
Variole en Espagne, 209.
Variole (Epidémie de — à Madrid), 226, 390.
Variot, 30, 91.
Vascularisation (La — de l'épithélium dans les crêtes acoustiques des vaisseaux), 457.
Vaslin, 90.
Veillon, 284.
Verchère, 409.
Verge (Développement du fourreau de la —), 301.
Verge (Développement de la —), 439.
Verge (Sur le développement de la portion abdominale de la — chez les mammifères), 404.
Vergely (Banquet), 509.
Verneuil, 26, 68, 153, 325, 403.
Verres toriques, 187.
Verrier, 31.
Vessie (Résultats obtenus par l'étude de la réparation des plaies de la — au contact de l'urine normale), 25.
Vessie à capacité exceptionnelle, 458.
Viandes (Extraits de), 499.
Vibert, 73, 412; — Viault, 517.
Vidal, 111, 118.
Vigier, 12.
Vignes, 53, 140, 482.
Viguier, 302.
Vieillards (Lésions latentes des nerfs chez les —), 90; — Villeneuve; 518.
Vincent, 424.
Vins (Plâtrage des —), 258, 530.
Vision (Perte subite et momentanée de la — d'un œil), 426.
Visuel (De la fatigue du champ — visuel et le champ — oscillant), 186.
Vogt, 481.
Voisin, 114, 116.
Vomissements (Association de la cocaïne et de l'extrait thébaïque pour combattre les — dans la tuberculose pulmonaire), 32.
Vomissements (Association de l'extrait d'opium et du chlorhydrate de cocaïne dans le traitement des —), 145.
Vue (Lésions corticales du sens de la —), 140.

W

Wecker (De), 268, 411, 415, 481.
Weeks, 141.
Wickham, 503.
Widmark, 187.
Wilbrand, 186.

Y

Young, 189. — Yvon, 33.

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

© ANM

18e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XII. N° 27. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 5 JUILLET 1890.

Le Progrès Médical

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE DE LYON. — M. le Pr LAROYENNE.

Note sur trois observations d'Hystéropexie pour Prolapsus utérins. Emploi d'un procédé nouveau ;

par Ch. AUDRY, interne des hôpitaux de Lyon.

Au moment où paraissent de divers côtés d'assez nombreuses observations d'hystéropexie, il nous a paru utile de faire connaître la pratique de M. le Pr Laroyenne à ce sujet; elle diffère des autres méthodes par quelques points intéressants qui paraissent devoir offrir de réels avantages pratiques (1).

Jusqu'ici, à la clinique gynécologique, l'hystéropexie n'a encore été pratiquée que pour des prolapsus incoercibles. On sait qu'on peut reconnaître dans cette pénible infirmité deux grandes variétés cliniques. A un premier ordre de faits appartiennent les prolapsus d'origine purement utérine : l'utérus très allongé mesure jusqu'à 12 ou 13 centimètres, et sa réduction suffit pour diminuer le diamètre vertical de 3 à 4 centimètres en apparence; le col est hypertrophié, l'organe est complètement mobilisé, mais on n'observe ni cystocèle, ni rectocèle; dans les autres cas, les plus fréquents, l'abaissement de la matrice s'est opéré consécutivement à une hernie vulvaire progressive de la cloison vésico- ou recto-vaginale, qui ne disparaît pas ou disparaît mal par la seule réduction de l'utérus. Dans l'un et l'autre cas, il est expressément indiqué de maintenir l'utérus aussi élevé que possible, mais il est clair que si le prolapsus est accompagné de rectocèle, de cystocèle, les colporrhaphies antérieures ou postérieures, la restauration du périnée font partie intégrante du traitement au même titre que la fixation même de la matrice.

Voici du reste l'histoire des 3 malades chez lesquelles l'hystéropexie pour un prolapsus de l'utérus, incoercible par les pessaires, a été exécutée par M. le Pr Laroyenne avec d'excellents résultats.

Obs. I. — X..., mariée à 24 ans, a eu 4 enfants, dont le dernier il y a 4 ans; elle est âgée de 42 ans. Depuis 6 mois, l'utérus est à la vulve; il est gros, la cavité mesure 12 centimètres. On le réduit facilement, mais il est impossible de le maintenir par quelque pessaire que ce soit. La peau du périnée est intacte, mais le corps périnéal est mince, flasque. M. Gouilloud fit quelques séances de réposition suivant la méthode de Thute Brandt; mais il n'avait pas obtenu de résultats appréciables quand M. le Pr Laroyenne exécuta l'hystéropexie le 14 juin 1889. Un gros hystéromètre réduit l'utérus et le maintient appliqué contre la paroi abdominale. Celle-ci est alors incisée, y compris le péritoine, sur une hauteur de 0,08. Avec une grande aiguille, on passe 4 fils de catgut, les derniers pénètrent dans la couche musculaire, traversent le péritoine, puis 2 à 3 centimètres de la face antérieure du muscle utérin, sur la ligne médiane, et ressortent du côté opposé de la même manière. Le premier fil occupe le fond de l'utérus, les autres sont étagés à 0,02 environ d'intervalle, sur la face antérieure. Une fois les fils placés, on les noua successivement en commençant par le plus élevé; on fit la suture superficielle, et on introduisit dans le vagin un paquet de gaze iodoformée soutenu par un pessaire en gimblette. Il n'y eut pas d'autre incident qu'une issue de l'intestin qui fut facilement réduit.

Les *suites opératoires* furent extrêmement simples, et la malade se leva le 5 juillet.

Quand elle partit, le 12 juillet, l'utérus, dont la cavité mesurait 0,09, était solidement fixé à la paroi antérieure de l'utérus, elle s'en alla avec un pessaire destiné à empêcher l'étirement des adhérences artificielles, l'utérus paraissait parfaitement réduit et maintenu.

2 mois plus tard, elle écrivait que la guérison restait entière.

En juin 1890 (un an après) la malade écrit qu'elle a perdu le pessaire qu'elle portait et qu'elle ne l'a pas fait remplacer. Elle travaille à la terre. Aucune récidive appréciable à son dire.

Obs. II. — X..., âgée de 52 ans, suit depuis longtemps la consultation gratuite de la clinique; elle a eu 4 enfants, dont le dernier est âgé de 18 ans; il y a un an qu'elle s'est aperçue de sa maladie actuelle. Actuellement, l'utérus dont la cavité mesure 0,12 est un prolapsus complet. Depuis plusieurs mois la malade a épuisé infructueusement tout l'arsenal des boucles. Elle présente, d'ailleurs, un certain degré de cystocèle et de rectocèle.

Le 28 décembre 1889, M. le Pr Laroyenne pratique l'hystéropexie par son procédé, c'est-à-dire en transfixant l'utérus avec quatre grandes aiguilles. (Nous donnerons tout à l'heure l'exposé du manuel employé).

Les *suites opératoires* furent d'une simplicité parfaite.

Revue en mai 1890, la guérison persistait entière, l'utérus était toujours maintenu au-dessus du pubis; il était d'ailleurs soutenu par un pessaire en gimblette qu'on n'a pas cessé de faire porter à la malade enchantée de son état.

Dans les 2 cas précédents, la tendance à la rectocèle et à la cystocèle fut corrigée par la seule réposition de l'utérus, assez pour qu'on pût se passer de faire une colporrhaphie double ; il est d'ailleurs probable que le maintien du pessaire dut largement contribuer à cette correction des parois du vagin.

Obs. III. — X..., âgée de 43 ans, a eu trois enfants; elle fait remonter la première apparition de son prolapsus à son premier accouchement, c'est-à-dire à 19 ans. Pendant longtemps, les pessaires ont permis de maintenir l'utérus; depuis 4 ans, il est absolument impossible de s'en contenter; enfin, il y a 4 mois que la tumeur est irréductible.

En mai 1890, on constate une cystocèle considérable, en arrière de laquelle on découvre l'orifice du col entraîné par sa lèvre antérieure, tandis que la lèvre postérieure est relativement peu déplacée. La cavité utérine mesure 0,075. Le périnée est largement fendu et soutient très mal le plancher pelvien.

Le 7 mai. — 1° Colporraphie antérieure (Excision d'un lambeau de muqueuse de 0,04 de large sur 0,08 de long).

2° *Hystéropexie* par la méthode des aiguilles (trois aiguilles seulement). On a eu quelque peine à maintenir les intestins, au début, avant que l'utérus ait été fixé.

Les suites opératoires furent très simples. Le 25 mai, la cicatrisation était complète des 2 côtés; l'utérus était bien fixé, et maintenu par une boucle.

Le 1er juin, on procède à la restauration du périnée (procédé de L. Tait); le 20 juin, résultats excellents en tous points.

Voici l'exposé de la technique opératoire à laquelle s'est arrêté M. le Pr Laroyenne, après l'avoir utilisée dans ses deux dernières opérations.

1er *Temps*. — Avec un gros hystéromètre, ou mieux avec sa sonde intra-utérine à double courant introduite

**

(1) Je dois à l'extrême obligeance de M. le Dr Gouilloud la communication des 2 premières observations que je rapporte.

© ANM

dans la cavité, il fait soulever l'utérus qui est reporté en haut et appliqué contre la paroi abdominale.

2e *Temps.* — On fait sur la ligne blanche une incision de 0,08 environ comprenant le péritoine et conduisant bien sur le fond et la face antérieure de l'utérus réduit.

3e *Temps.* — Une première longue aiguille montée sur un manche et introduite dans la couche musculaire de la paroi abdominale traverse le péritoine à 0,02 du bord de sa section et pénètre aussitôt dans la partie antérieure du muscle utérin, au niveau du fond de l'organe. Cette aiguille traverse 0,02 environ d'utérus et ressort symétriquement à travers l'autre bord de la plaie abdominale, et on la laisse ainsi fixée. 2 ou 3 autres aiguilles semblables sont introduites successivement de la même façon en procédant de haut en bas, à un intervalle de 0,02 environ, de sorte que l'utérus est ainsi solidement maintenu par toute sa face antérieure contre la paroi abdominale transfixée par les 4 aiguilles restées en place.

4e *Temps.* — On charge les 4 aiguilles avec un catgut et on noue chaque fil l'un après l'autre, en commençant par le plus élevé, et en retirant au fur et à mesure chaque aiguille correspondant au fil que l'on va nouer, l'utérus ne cessant pas un instant d'être appliqué en avant.

5e *Temps.* — On réunit la plaie superficielle et on introduit dans le vagin un paquet de gaze iodoformée destinée à servir de pessaire provisoire.

Il y a dans cette manière d'agir quelques points sur lesquels nous insisterons un peu. D'abord, il faut éviter d'aller chercher l'utérus avec la main dans la cavité abdominale. Cette manœuvre aggrave un pronostic qui doit être de nulle importance. De plus, elle ne remplit certainement pas la double indication de relever l'utérus et de le maintenir en contact par sa face antérieure avec la paroi abdominale (1) aussi bien qu'un gros hystéromètre bien mousse, ou qu'une simple sonde intra-utérine à courbe convenable.

M. le Pr Laroyenne pense qu'il faut toujours ouvrir le péritoine ; nous avons vu M. le Pr Mangiagalli (de Milan) exécuter le procédé (extra-péritonéal) de Caneva avec une élégance et une sécurité irréprochables ; mais chez nos 3 opérées il fallut récliner l'épiploon. Nous connaissons en outre une observation encore inédite et d'ailleurs heureuse d'Edmond Blanc (de St-Etienne), où ce chirurgien dut libérer la face antérieure de l'utérus d'une adhérence intestinale (2). Il est donc certain que, dans un assez grand nombre de cas, on sera bien obligé de faire une section du péritoine ; mais, d'autre part nous pensons que, autant que possible, si l'on voit clairement le fond et la face antérieure de l'utérus, il y aura tous avantages à opérer à travers le péritoine intact, ne fût-ce que pour éviter les excursions toujours désagréables de l'intestin.

Il y a lieu d'insister particulièrement sur l'introduction des grandes aiguilles qui embrochent en même temps les couches moyennes et profondes de la paroi et l'utérus ; elles ont le grand avantage d'assurer le contact solide et permanent de toute l'étendue des 2 surfaces qui doivent adhérer ; il est évident que si l'on veut en profiter il ne faut les retirer les unes après les autres qu'au moment où l'on veut nouer le fil de chacune d'elle. On devra, en les introduisant, veiller à ce que la portion de péritoine comprise entre la section et le point d'entrée des aiguilles soit tel des deux côtés, que l'adossement sur la ligne médiane soit largement assuré, il y a tout lieu de croire que parmi les quelques échecs graves qu'on a essuyés, plusieurs étaient réellement dus à l'insuffisance de cet adossement du péritoine qui n'avait pu se réunir, faute de contact. Ajoutons que le maintien par les aiguilles écarte tout souci du côté de l'issue de l'intestin, aussitôt qu'on les a placées.

Dans nos trois observations, les résultats ont paru, jusqu'ici, excellents ; mais il ne faut pas demander à l'hystéropexie plus qu'elle ne pourrait peut-être donner. Il sera toujours prudent de ne pas cesser de faire porter à la malade un pessaire destiné à soulager d'autant les adhérences salutaires établies artificiellement entre l'utérus et la paroi abdominale. L'hystéropexie constitue une part très importante du traitement, mais non pas tout le traitement.

En fait, d'ailleurs, M. le Pr Laroyenne a restreint jusqu'ici les indications de la ventrofixation aux *utérus prolabés et incoercibles.* On n'a pas le droit de dire que les pessaires constituent un mauvais mode de traitement du prolapsus utérin. A chaque consultation nous voyons des malades dont l'utérus est très bien soutenu par une bonne boucle, et qui sont très satisfaites de leur état. C'est seulement chez celles dont on ne peut pas pallier l'infirmité par de plus simples procédés qu'on est autorisé à faire l'hystéropexie, surtout étant donné que nous considérons le port ultérieur d'un pessaire approprié comme faisant partie essentielle et intégrante du traitement de l'utérus prolabé et hystéropexié (1).

(1) On sait que c'est M. Terrier qui a indiqué la nécessité de fixer non seulement le fond, mais encore la face antérieure de l'utérus.

(2) Assaky eut également des difficultés de ce genre en pareille circonstance.

(1) Nous avons jugé inutile d'ajouter à cette note des documents historiques superflus. On trouvera des notions suffisantes dans la thèse de Dumoret (Paris 1889), déjà un peu ancienne d'ailleurs, et surtout dans le travail de M. Marcel Baudouin (Paris, juin 1890) intitulé *Hystéropexie abdominale antérieure et opérations sus-pubiennes dans les rétrodéviations utérines,* qui va paraître.

CONCOURS PUBLIC POUR L'EMPLOI DE DIRECTEUR DU BUREAU D'HYGIÈNE DE LA VILLE DE LYON. — En suite de la délibération du Conseil municipal, en date du 27 mai 1890, il sera ouvert un concours public pour l'emploi de *Directeur du Bureau d'hygiène* de la Ville de Lyon. Ce concours aura lieu à l'hôtel de ville et comprendra cinq épreuves : a) Une épreuve pratique de bactériologie. Le sujet sera donné aux candidats le lundi 6 octobre 1890. Deux mois sont accordés aux concurrents pour exécuter leurs analyses, préparations, etc. ; *b*) Cinq épreuves orales et écrites, qui commenceront le lundi 8 décembre 1890. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Mairie, à l'hôtel de ville. Le registre des inscriptions sera clos le samedi 4 octobre, à 4 heures du soir. — Ire épreuve (Mémoire écrit) : *Epidémiologie.* Maladies contagieuses, transmissibles et épidémiques, symptômes, diagnostic, anatomie et physiologie pathologiques, pathogénie, thérapeutique et prophylaxie. — IIe Epreuve (Mémoire écrit) : *Hygiène publique.* — IIIe Epreuve (Leçon orale) : *Législation française et étrangère* relative à l'hygiène publique et privée, à la prophylaxie des maladies contagieuses. 24 heures de préparation libre seront accordées aux candidats pour cette épreuve. — IVe épreuve (Rapport écrit) : *Visite et inspection d'un établissement public ou privé* au point de vue de l'hygiène. — Ve Epreuve. Leçon orale, sur le *Travail pratique de Bactériologie,* donnée aux candidats dans la séance du 6 octobre 1890. Les candidats exposeront le résultat de leurs travaux, indiqueront les méthodes suivies, montreront les cultures obtenues et formuleront leurs conclusions. Le traitement alloué au Directeur du Bureau d'hygiène est de 6,000 francs au minimum. L'exercice de la médecine lui est interdit, ainsi que le cumul avec les fonctions de médecin ou de chirurgien des hôpitaux, du Bureau de bienfaisance, etc., etc. (*Lyon méd.*).

DÉONTOLOGIE. — Un journal américain prétend que sur près de 700 médecins pratiquant à Saint-Louis, il y en a 50 qui demandent à l'avortement leurs ressources ; il ajoute que les 650 autres ne dédaignent point cet art quand on leur offre un bon prix de leurs services. (*Rev. scient.*).

© ANM

CLINIQUE INTERNE

Contribution à l'étude de la cachexie pachydermique (*Idiotie myxœdémateuse*) (*suite*) (1);

par **BOURNEVILLE.**

Les nouvelles observations qui nous sont personnelles sont au nombre de cinq. La première concerne une petite fille de 14 ans que nous avons montrée aux membres de la section médicale de l'Association française pour l'avancement des Sciences.

Observation IV. — *Père, fièvres intermittentes. — Grand-père paternel apoplectique. — Grand'mère maternelle, excès de boisson. — Cousine germaine, paralysie consécutive à des convulsions ; cousine germaine sujette à des attaques. — Grand-père maternel apoplectique. — Grand'mère maternelle, excès de boisson. — Oncle maternel probablement apoplectique ; tante maternelle aliénée. — Consanguinité. — Un frère mort de convulsions, un autre idiot et épileptique; un troisième a eu des convulsions.*

Accouchement à 10 mois (?). — A la naissance, fontanelle antérieure très large. — Hernie ombilicale. — Premières dents à sept mois. — A deux ans, chute sur la face, écrasement du nez et fracture du maxillaire inférieur. — Ozène consécutive. — Développement de la cachexie pachydermique. — Rachitisme. — Description de la malade. — Absence probable de la glande thyroïde. — Malformation de l'un des orteils. — Dentition.

Wat..., Augustine est née à Paris le 16 décembre 1875.

Renseignements fournis par sa mère. — (Juin 1887.) — *Père* âgé de 52 ans, menuisier ébéniste, assez grand et fort, cheveux bruns, nez aquilin, fume peu et ne fait pas d'excès de boisson; il n'a eu aucun accident nerveux, mais a contracté en Afrique, étant soldat dans l'artillerie, des *fièvres intermittentes* dont il a souffert jusqu'à 50 ans. Il est mort en 1888 d'un *cancer du larynx*. [*Père*, fossoyeur, sobre, mort d'une *attaque d'apoplexie* à 75 ans. — *Mère*, blanchisseuse, morte, on ne sait de quoi, à 72 ans ; elle était affaiblie, gâteuse, mais ne déraisonnait pas; elle a fait de *nombreux excès de boisson*, surtout d'eau-de-vie. — Aucun renseignement sur ses grands parents des deux côtés. — 4 *frères*, bien portants ainsi que leurs enfants, sauf une fille qui a une *paralysie* d'un bras consécutive à des *convulsions*. — 2 *sœurs*, mortes l'une « à son retour d'âge », l'autre après trois mois de maladie, à 50 ans ; leurs enfants jouissent d'une bonne santé, excepté une fille d'une quarantaine d'années « qui tombe dans des *attaques* ». Celles-ci se sont montrées il y a environ dix ans, à la suite d'une peur. — Pas d'aliénés, pas d'épileptiques, pas d'autres paralytiques, pas de difformes, ni de suicidés, ni de criminels dans la famille.]

Mère, 51 ans, passementière, assez grande, sobre, intelligence moyenne, caractère doux, aucun accident nerveux, cheveux blonds un peu roux, nez aquilin. [*Père*, couvreur, sobre, mort d'une *attaque d'apoplexie* à 65 ans. — *Mère*, femme de ménage, fréquents *excès de boisson*, d'eau-de-vie surtout, morte à 60 ans en 24 heures : « on la croyait endormie ». — Nul détail sur ses grands-parents. Une *tante paternelle* bossue, morte on ne sait de quoi. Deux *tantes maternelles* mortes ; l'une était la mère du père de la malade. — 3 *frères*, deux sont morts jeunes, l'un de cause inconnue, l'autre tué par un autre enfant, de coups de pieds dans le ventre, pour une querelle à propos de billes. Le dernier est mort à 40 ans d'une *attaque subite* dans l'exercice de sa profession, à la gare de Rumilly. 5 *sœurs* : deux sont mortes, l'une d'une « maladie de matrice », l'autre, on ne sait de quelle maladie. Une troisième est dans une maison de santé comme *aliénée*, elle a eu des *convulsions* dans l'enfance. Les deux autres se portent bien ; il en est de même de leurs enfants. Pas d'autres aliénés, etc., dans la famille.]

Consanguinité : La mère du père et celle de la mère de la malade étaient les deux sœurs et toutes les deux alcooliques. — Inégalité d'âge d'un an. — Tous deux sont nés à Metz.

Sept *enfants* : 1° garçon, mort de *convulsions* à dix mois; — 2° garçon, 23 ans ; — 3° garçon, 21 ans, bien portants, intelligents, pas de convulsions ; — 4° garçon, 19 ans, a eu, à deux reprises, des *convulsions* attribuées aux vers; — 5° fille, intelligente, grande, forte, pas de convulsions ; — 6° garçon, atteint d'*idiotie* à un degré prononcé et d'*épilepsie*. Il n'aurait jamais eu de convulsions. Il est dans notre service et c'est en interrogeant sa mère sur sa famille que nous avons eu l'occasion d'examiner sa sœur.

7° *Notre malade*. Rien de particulier à la *conception* qui a eu lieu à une époque assez éloignée d'un accès de fièvre intermittente du père. — *Grossesse* bonne, sauf une chute avec contusion de la vulve, quinze jours avant l'*accouchement*. — Celui-ci aurait eu lieu *plus d'un mois après terme*, assure-t-on. Durant les quinze derniers jours qui ont suivi la chute, elle aurait eu de fortes douleurs et perdu de l'eau. L'enfant serait venue tout d'un coup, sans évacuation d'eau, contrairement à ce qu'elle observait à ses autres accouchements. — *A la naissance*, l'enfant n'était pas asphyxiée; elle a crié de suite. Elle avait des cheveux et des cils longs et abondants, des poils sur le front et de grands ongles. Elle était petite : « on aurait dit une poupée » ; elle avait la *fontanelle antérieure « très creuse »* et occupant tout le travers de la tête. — Elevée au sein par sa mère jusqu'à 10 mois ; puis avec de la soupe, du lait de vache et de l'eau rougie. Elle a commencé à marcher à huit mois et à prononcer quelques mots vers un an: « Tous mes enfants, dit la mère, ont marché de bonne heure, sauf le quatrième, mais parlé assez tard ». *Première dent* à sept mois, la deuxième à huit mois. On ne sait à quel âge sa première dentition a été complète. L'enfant a été propre vers un an ; *elle n'a jamais eu de convulsions*. — On prétend qu'elle ressemblait aux autres enfants jusqu'à deux ans, époque où elle a fait une chute sur la face. Son frère, l'idiot, qui la portait, ayant glissé sur une pelure d'orange, l'enfant a été projetée sur le trottoir ; elle n'a eu ni perte de connaissance ni hémorrhagie ce jour-là. Six semaines après, elle a rendu beaucoup de sang infect par le nez. Sa mère l'a conduite à la consultation de l'hôpital Trousseau où on lui a enlevé les quatre incisives de la mâchoire supérieure qui ne tenaient plus. C'est à partir de la chute qu'on a remarqué l'épaississement des joues et l'augmentation de volume du ventre ; la *hernie ombilicale* date de la naissance. Les *masses graisseuses* du cou n'auraient été constatées que vers 5 ans. Le gonflement des paupières serait venu progressivement. On ne peut dire à quelle époque les pieds et les mains se sont épaissis. Avant la chute, les cheveux étaient fins, ils sont devenus ensuite gros et durs comme des crins, en même temps que les croûtes du cuir chevelu ont paru. La coloration jaune de la peau de la face se serait montrée à 5 ans, peu après la blépharite ciliaire. L'enfant a bavé jusqu'à 10 ans. Les os des jambes se sont recourbés à 12 ans et sont devenus noueux. La *voix*, qui, avant le traumatisme, était normale, affirme-t-on, s'est ensuite modifiée.

L'enfant s'occupe à faire un peu de crochet, à coudre ou à faire des bâtons sur le papier, à laver et essuyer la vaisselle, à balayer. Elle peut descendre et monter les escaliers. Elle s'habille à peu près seule, se boutonne, lace ses souliers, met ses jarretières. Tout ce qu'elle fait, elle l'exécute avec une très grande lenteur. Elle reconnaît tout le monde, est très pudique, paraît affectueuse. Elle n'est pas jalouse. Elle est très sensible au froid, ne pleure ni ne rit, n'est pas coléreuse. Elle répète tous les mots, dit le nom des objets, fait avec peine quelques petites phrases. Elle reste parfois deux ou trois jours sans causer. On l'a envoyée à l'asile où elle n'a rien appris. Elle marche assez bien et longtemps, mais très doucement : elle peut faire plus d'une lieue à pied.

Elle n'a jamais eu de tics, ni d'onanisme, ni de vers, ni de gourme. — Quelque temps après sa chute, elle aurait eu un abcès de la jambe droite; l'enfant n'a jamais eu de fièvres éruptives.

1882 : 29 *juin*. — *Taille*, 77 cent. ; *Poids*, 12 kilogr. 500.

1887 : 15 *juin*. — *Taille*, 82 cent. 1/2 ; *Poids*, 13 kilogr. 300.

(1) Voir *Progrès Médical*, n° 26.

© ANM

— Cette enfant présente l'ensemble complet des phénomènes qui caractérisent l'*idiotie myxœdémateuse*. (*Fig.* 1).

Fig. 1. — Wa..., en 1887 (11 ans et demi).

Tête longue, avec une proéminence assez prononcée de l'occipital, surmontée d'un méplat. Les bosses pariétales, assez volumineuses, paraissent égales. Le front est un peu carré, étroit ; il a 4 centimètres de hauteur. Les bosses frontales sont à peine accusées, la gauche peut-être moins que la droite. Les arcades sourcillières, légèrement saillantes, vont en s'effaçant en dehors, surtout à gauche. Les *paupières* sont gonflées, comme œdémateuses, sans que la pression du doigt y laisse d'empreinte; elles sont très fendues. Les *cils*, très longs et abondants aux paupières supérieures, sont beaucoup plus courts et rares aux paupières inférieures; elles sont le siège d'une *blépharite ciliaire chronique*. Les conjonctives palpébrales sont un peu pâles; les oculaires sont nettes; les iris sont gris, les pupilles égales. — Le *nez* est complètement aplati ; les narines regardent en haut. L'aplatissement du nez est consécutif au traumatisme survenu à l'âge de deux ans. Depuis cette époque, il existe une rhinite chronique purulente (*ozène*) des deux côtés ; l'écoulement purulo-sanguin exhale une odeur nauséabonde, malgré les injections désinfectantes. Les *joues* sont bouffies, gonflées; « elles enflent à chaque instant », dit la mère. La *lèvre supérieure* est aplatie. Dans la chute, les incisives médianes supérieures ont été cassées et probablement le bord alvéolaire de la mâchoire supérieure a été fracturé, d'où une perte de substance. La *bouche* mesure quatre centimètres. Le bord libre de la lèvre supérieure est moyennement prononcé. La lèvre inférieure est plus grosse et un peu renversée en dehors. La *langue* est assez épaisse et la malade la tient toujours sur le bord des lèvres, le menton est court. — Les *oreilles*, convenablement ourlées, sont appliquées contre la tête et ont leur lobule adhérent. — Face carrée.

Le *cou* est très court (24 cent. 1/2 de circonférence) et le semble encore davantage, par suite de l'inclinaison habituelle de la tête en avant.

L'examen minutieux de la région antérieure du cou *ne permet pas de découvrir la glande thyroïde*. On sent les anneaux de la trachée et le cartilage thyroïde comme s'ils étaient sous la peau, sans aucune interposition. — Il existe, dans les creux sus-claviculaires, des *tumeurs pseudo-lipomateuses* qui, d'après la mère, seraient parfois encore plus prononcées. « Je pense, dit-elle, que c'est du vent. » Elle prétend que lorsque ces tumeurs ont leur maximum de développement, et qu'elle les frotte en débarbouillant son enfant, celle-ci vomit aussitôt que l'eau froide touche les grosseurs.

La *région pectorale* offre un développement assez accentué, avec un lacis veineux à mailles assez petites, qui se continue avec un lacis veineux à mailles très longues sur le ventre. On trouve aussi des dilatations veineuses sur les épaules, mais moins apparentes.

Circonférence sous les aisselles (expiration). .	53 cent. 05.
Circonférence au niveau de l'appendice xiphoïde	52 cent. 05.

L'épaule gauche est un peu plus saillante et plus élevée que la droite. La poitrine est courte; le dos est bombé, les reins excavés.

Le *ventre* est très gros et l'ombilic présente une petite *hernie* de 12 à 15 millimètres de hauteur. Les fesses sont arrondies.

Organes génitaux. — Le mont de Vénus est légèrement saillant, glabre. Les grandes lèvres sont assez développées, les petites lèvres réduites à un petit rebord de 2 millimètres de hauteur. Pas d'onanisme.

Membres. — Les bras sont courts, l'articulation du coude un peu grosse, les avant-bras légèrement déformés, les apophyses styloïdes développées, les mains sont plutôt potelées ; les caractères pachydermiques sont relativement peu accusés. — Les cuisses sont courtes ainsi que les jambes ; les fémurs sont arqués, le gauche plus que le droit ; les genoux sont noueux ; les jambes aussi sont courtes et offrent des déformations rachitiques très prononcées. Les pieds sont plats et légèrement bouffis. « Par moments, dit la mère, ils sont très gonflés, surtout au niveau des cous-de-pied. » L'orteil médius, de chaque côté, est plus court que les orteils voisins.

La *peau* de la face est d'une blancheur cireuse. Elle est blanche et assez fine. Au niveau du dos, il y a une desquamation furfuracée, qui, suivant la mère, est constante et souvent beaucoup plus prononcée. On la retrouve également au niveau du front. — Les *cheveux*, secs et gros, sont châtains roux, assez abondants, excepté au niveau de la partie antérieure des régions pariétales, où ils sont beaucoup plus rares. Le *cuir chevelu* est rugueux, couvert de petites écailles et de petites croûtes qui lui donnent un aspect jaunâtre. Ces croûtes se reproduisent sans cesse, malgré les soins de propreté. Les *sourcils* sont fins et moyennement fournis. Le reste du corps est glabre. Sous les *aisselles*, on trouve de petites *glandes* disséminées dans des bourrelets de graisse, d'où la sensation d'un empâtement graisseux. Petites *adénites* sous-maxillaires et de chaque côté du cou (du volume d'un pois). On ne sent pas de glandes mammaires. Le mamelon a environ 2 à 3 millimètres de diamètre et il fait une saillie de 1 millimètre. L'aréole très prononcée mesure 5 millimètres de diamètre.

La *dentition* mérite de nous arrêter. Les premières dents (incisives médianes supérieures) ont poussé à huit mois. La première dentition, assure la mère, était complète à un an.

Mâchoire supérieure : Les 2 incisives médianes ont complètement disparu ; l'incisive latérale gauche ébranlée présente depuis le collet, jusqu'à une petite distance du bord tranchant, une couleur noirâtre due à la mortification de la pulpe, consécutive probablement à l'ancienne fracture ; canine gauche très pointue ; une prémolaire et une grosse molaire de lait, avec cinq tubercules. A droite, l'incisive latérale manque, la canine est conoïde et excessivement pointue, une prémolaire, une grosse molaire permanente et une en voie d'éruption. — Toutes les dents de la mâchoire supérieure sont recouvertes, autour du collet, d'une couche de tartre jaune verdâtre.

Mâchoire inférieure : Deux incisives médianes en voie d'éruption ; leur bord tranchant est dentelé en scie. Leur face antérieure présente la trace de trois sillons verticaux aboutissant au petit tubercule du bord tranchant. En avant de ces deux incisives, on trouve une incisive de lait tout à fait projetée hors de l'arcade dentaire et en demi-rotation externe sur son axe. — A gauche, une incisive latérale, une canine et deux molaires de lait complètement détruites par une carie du troisième degré. — A droite, une incisive latérale, une canine, une prémolaire réduite à la couronne, deux grosses molaires, une de lait et une permanente en voie d'éruption. Toutes ces dents ont une coloration jaune verdâtre due au limon qui les recouvre autour du collet.

L'*articulation* est défectueuse : les dents de la mâchoire

© ANM

inférieure ne se croisent pas avec celles de la supérieure. Elles sont distantes d'un centimètre à peu près ; la langue de l'enfant est toujours entre les deux arcades dentaires. Les gencives sont rosées, très basses. La salive n'est ni visqueuse, ni filante. La voûte palatine est large et très plate. Les impressions digitales sont bien marquées.

La *seconde dentition*, comme on le voit, *est très en retard*. A dix ans, éruption de deux grosses molaires permanentes de la mâchoire supérieure, l'une à droite, l'autre à gauche. A onze ans, éruption des deux incisives médianes de la mâchoire inférieure qui sont en évolution au moment de l'examen. Début d'éruption d'une grosse molaire permanente en bas et à droite.

La *sensibilité générale* paraît normale. W... pleure quand elle se cogne. Elle est assez chatouilleuse et très sensible au froid. La *vue* est bonne ; sa mère dit qu'elle distingue plusieurs couleurs. L'*ouïe* est normale ; pourtant l'enfant prétend qu'elle n'entend pas le tic-tac de la montre appliquée sur son oreille (?). L'*odorat* semble un peu obtus, l'assa fœtida ne détermine pas de grimace bien accusée. Le *goût* serait normal, l'enfant aime les choses salées. La *respiration* et la *circulation* n'offrent rien de particulier. Pouls petit, régulier à 72.

Digestion. — W... mange seule, se sert de la fourchette et même du couteau ; loin d'être vorace, elle a l'appétit médiocre. Sa nourriture favorite est la soupe, le pain, les pommes de terre frites (elle préfère celles de la rue à celles que prépare sa mère). Elle ne mange presque pas de viande ; elle n'aime pas le lait, ni le sucre, ni les gâteaux. Le vin lui fait plaisir, mais elle boit peu ; elle ne vomit jamais ; les selles sont quotidiennes ; pas de vers, pas d'hémorrhoïdes. La mastication s'opère convenablement...

1888, 20 *août*.— L'état général est le même. Le *cuir chevelu* est toujours envahi par une éruption eczémateuse. Le *nez* paraît encore plus écrasé, les paupières, les joues, les masses lipomateuses sus-claviculaires plus volumineuses. Les *seins* ne sont pas développés ; les grandes lèvres seraient un peu plus saillantes. La *voix* est aigre, rauque ; la parole, d'après la mère de l'enfant, serait assez développée. Il y aurait depuis un an un progrès à cet égard. W... est entêtée. Dès qu'il y a quelqu'un, elle refuse de parler. On l'envoie à l'asile où elle reste immobile sur sa chaise ; elle n'aime pas jouer avec les autres enfants, qui, d'ailleurs, se moquent d'elle, et lui reprochent de sentir mauvais (ozène).

W... s'habille seule, sait lacer, attacher les cordons de ses souliers et faire du crochet. Elle a un sentiment très prononcé de la pudeur. Nous avons beaucoup de peine à la mettre toute nue pour l'examiner. A la maison, elle prend des précautions infinies pour changer de chemise, même devant sa sœur.

La *fontanelle antérieure persiste* dans une hauteur de 15 millim. et une largeur de 4 à 5 cent.

1889, 10 *mai*. — *Taille*, 0 m. 835. *Poids*, 14 k. 800. Comme on le voit, en deux ans, elle n'a grandi que d'un centimètre. Son poids a augmenté de 1 k. 500. L'enfant a eu les oreillons il y a environ un mois. Les *cheveux* sont longs, gros, raides, très secs, noirs en arrière, châtain-*roux* en avant. Ils sont abondants presque partout, sauf au-dessus des deux côtés du front, où ils sont rares. Dans ces derniers temps les cheveux sont tombés par plaques de 1 ou 2 centimètres ; ils repoussent très vite. La *fontanelle antérieure* persiste, ainsi que l'éruption eczémateuse. Le front a 3 centimètres. Les *paupières* sont toujours bouffies, bleuâtres. Les cils des paupières inférieures sont longs, tombent et repoussent. La blépharite ciliaire n'a pas diminué. L'écoulement nasal n'a pas cessé, mais exhale une odeur moins infecte, bien que, faute de ressources, la mère ne puisse faire régulièrement les injections antiseptiques.

La *langue* est très épaisse, saillante, il n'y a pas de bave. Les *oreilles* sont pâles, un peu bouffies. Les masses lipomateuses des joues, des creux sus-claviculaires n'ont pas diminué. Il n'y a rien de changé en ce qui concerne l'appétit, les aliments, la digestion. L'aspect du ventre, le volume de la hernie ombilicale (circonf. à la base 5 cent., haut. 15 millim.) n'ont pas changé. Les seins sont nuls ; les grandes lèvres n'ont pas grossi ; le pénil est glabre, ainsi que les aisselles et toute la peau ; jamais de sueurs. (*Fig.* 2, 3 et 4).

Fig. 2. — W..., à 14 ans (mai 1889).

W... fait de petites commissions, une à la fois, parle assez bien et fait de petites phrases, au dire de sa mère. La voix est toujours aigre, rauque, un peu nasonnée. Le sommeil est bon, assez long. La sensibilité au froid est toujours assez prononcée. Il en est de même de la répugnance à tout mouvement.

Fig. 3. — W..., à 14 ans (mai 1889).

14 *août*. — La malade, ainsi que les membres de la section ont pu le constater eux-mêmes, présente toujours le même

© ANM

aspect et les mêmes symptômes. Voici les dimensions de la tête et des membres prises en 1887 et 1889.

Fig. 4. — W..., à 14 ans (mai 1889).

Tête.	1887 — Cent.	1889 — Cent.
Circonférence horizontale maxima	50,2	52,5
Demi-circonférence bi-auriculaire	30,5	31,5
Distance de la racine du nez à l'articulation occipito-altoïdienne	35,5	36
Diamètre antéro-postérieur maximum	13,3	13,7
— bi-auriculaire	10	10,5
— bi-pariétal	17,2	18,3
Bras gauche à l'aisselle	15	16
Bras droit —	15	16
Bras gauche à 5 cent. au-dessus de l'olécrane	14	15,5
Bras droit à 5 cent. au-dessus de l'olécrane	14	15,5
Avant-bras droit à 5 cent. au-dessous de l'olécrane	15	16
Avant-bras gauche à 5 cent. au-dessous de l'olécrane	15	15
Pli du poignet à gauche	10	11,5
Pli du poignet à droite	10,5	11,5
Métacarpe gauche	11,5	15
— droit	12	15
Cuisse gauche à l'aine	25,5	28
Cuisse droite à l'aine	25,5	27
Cuisse gauche à 5 cent. au-dessus de la rotule	22	24,5
Cuisse droite à 5 cent. au-dessus de la rotule	22	22
Jambe gauche à 5 cent. au-dessous de la rotule	20	21,5
Jambe droite à 5 cent. au-dessous de la rotule	20	21
Jambe gauche au-dessous des mollets	13	14
Jambe droite —	13	15
Cou-de-pied (partie moyenne)	15	15,5

Nous devons insister sur les particularités susceptibles d'éclairer l'étiologie. Nous relèverons en premier lieu l'existence, chez le père, de *fièvres intermittentes* invétérées que l'on retrouve également chez les pères des malades qui font l'objet des Observations V et VIII. Il convient de signaler les nombreux antécédents héréditaires: plusieurs parents ont été *apoplectiques*, *paralytiques*, *aliénés* ou *convulsifs*; d'autres, enfin, ont commis de fréquents *excès de boisson*. (*A suivre*).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La réforme de l'Enseignement secondaire.

Le discours, prononcé aux fêtes du sixième centenaire de la fondation de l'Université de Montpellier par le M. de l'instruction publique, a été pour le Sénat l'occasion de discuter l'organisation de l'enseignement secondaire. C'est M. Combes qui la lui a fournie en interpellant le ministre. M. Combes approuve le projet de restauration des anciennes Universités, mais il craint qu'elles ne puissent compter sur une population d'étudiants suffisamment nombreuse, et le seul moyen, pour lui, de parer à ce danger, c'est de réformer l'enseignement secondaire. Depuis plus de trente ans, cette réforme est réclamée de tous côtés, les uns se plaignant de la décadence des études classiques, les autres demandant un enseignement plus en rapport avec les idées, les mœurs et les besoins modernes. Il y a vingt-cinq ans, M. Duruy imagina de scinder l'enseignement secondaire en deux types distincts et fonda (il en existait déjà au moins des rudiments) l'enseignement dit spécial, qui a pris plus d'ampleur en 1882 et en 1886. Cependant les plaintes restent les mêmes, devenant seulement plus vives et plus pressantes. Cette division de l'enseignement a le tort, selon M. Combes, de ne répondre à aucune nécessité d'éducation, de parquer les jeunes gens en deux groupes qui ne se rejoignent plus dans la suite de leur vie morale et intellectuelle, et d'opérer cette séparation à un âge où rien ne la justifie. Il faut, au contraire, au début des classes, une éducation commune, ne préjugeant rien sur les aptitudes, préparant, sans le commander, un choix ultérieur. Et cette éducation commune ne peut avoir pour base que les langues modernes, pour programme que les connaissances sans lesquelles on n'est pas de son temps. Après elle, commencera un second cycle: arrivés à quatorze ans, les enfants s'engageront en connaissance de cause (?) dans la voie de leur préférence, les uns demandant aux études anciennes le complément de leur développement intellectuel; les autres le cherchant dans un commerce plus approfondi avec les écrivains modernes. — Fait plus tôt ou plus tard, dicté par les parents ou décidé par les enfants, ce choix n'en laissera pas moins subsister la situation actuelle, l'enseignement classique avec ses privilèges en face de l'enseignement spécial mal apprécié et, comme le dit M. Combes, presque avili par le dédain qu'en font les administrations de l'Etat. — Ce dédain, dont M. Combes fournit de nombreuses preuves, a pour résultat de faire considérer l'enseignement spécial comme le lot des élèves médiocres, comme la condition des carrières inférieures; la société en souffre, parce que les hautes qualités de l'esprit se concentrent forcément dans certaines carrières, au détriment d'autres professions qui ne perdraient rien à être exercées par des hommes de valeur.

On soutient que les études anciennes seules peuvent garantir les intérêts moraux, l'enseignement spécial

© ANM

ayant un caractère moins noble, à tendance pratique et utilitaire. Sans nier cette tendance qui est la raison d'être de l'enseignement spécial, M. Combes ne la croit pas incompatible avec l'élévation morale. Le caractère de l'enseignement participe du caractère du maître et le professeur peut toujours, même à l'occasion des connaissances positives, élever l'esprit de ses élèves dans les hautes régions intellectuelles et morales. Les matériaux d'ordre supérieur ne lui manqueront pas d'ailleurs et les trésors scientifiques et littéraires accumulés depuis deux siècles permettent d'instituer des humanités modernes équivalentes aux humanités anciennes pour nourrir et façonner l'intelligence, pour l'ennoblir et la charmer. Ce serait d'ailleurs rendre service aux études anciennes que de ne point les imposer à ceux auxquels elles répugnent, et qui deviennent pour elles une cause de décadence. Du même coup on supprimerait le flot des déclassés provenant en grande partie d'un enseignement sans utilisation immédiate ; le grec et le latin qui semblent mener à tout ne conduisent en réalité à rien. Mais toute réforme perdra de son efficacité, si elle ne se lie à une autre. Le seul but des études est aujourd'hui de passer l'examen du baccalauréat ; la préoccupation de cet examen substitue à la culture des esprits un apprentissage mécanique, une sorte de mnémotechnie, et, comme cela est vrai aussi du certificat de l'enseignement spécial, tous les établissements d'enseignement secondaire se transforment en fabriques de diplômés. Les conditions actuelles du baccalauréat exagèrent encore ses inconvénients, mais, quelque changement qu'on apporte à la procédure de l'examen, le baccalauréat n'en restera pas moins l'objet unique des études secondaires. Le vrai remède, c'est de revenir à la logique, à la tradition, en rendant le baccalauréat à l'enseignement supérieur dont il doit être et était jadis (il l'est encore à l'Ecole de droit) le premier degré et de donner à l'enseignement secondaire le droit de juger ses propres études, en instituant de sérieux examens de passage, préconisés en 1872 par une circulaire de M. Jules Simon. — M. Combes, d'ailleurs, n'entend pas faire disparaître complètement le baccalauréat ; non seulement il le maintient comme premier grade à conférer par les Facultés, ce qui est très admissible, mais encore il veut le conserver comme une condition pour certains concours et pour certaines carrières. Nous craignons bien que, grâce à cette dernière réserve, le baccalauréat ne reprenne bientôt toute l'influence fâcheuse dont il voudrait le dépouiller. Comme tout autre grade universitaire, celui de bachelier n'aura de valeur que quand il sera facultatif, ne mènera à rien, ne donnera aucun droit. — Ce maintien relatif du baccalauréat aurait d'ailleurs un inconvénient matériel que M. Combes reconnaît, celui d'accroître les dépenses des familles à raison de la dernière année d'études, pendant laquelle les élèves, désireux d'obtenir le diplôme de bachelier, devraient suivre les leçons et les cours des Facultés. M. Combes croit que l'Etat pourrait venir en aide à ces familles, au moyen de bourses « comme il le fait aujourd'hui pour les étudiants véritablement méritants et pauvres ». Si cela se fait ainsi aujourd'hui, les choses ont bien changé ; nous serions heureux d'avoir la preuve que sur 100 boursiers, en dehors des fils d'officiers et de professeurs, il y en a seulement 10 dont la famille est vraiment pauvre !

M. Jules Simon estime qu'en effet c'est une faute envers la société, envers les familles, envers les enfants et envers l'Université, que de conserver sur les bancs de chaque classe cette queue qui empêche la tête d'avancer et le professeur d'enseigner. Les examens de passage ont donc toute son approbation. Il rappelle ce qu'il a fait, ce qu'ont fait plusieurs Commissions pour arriver à réformer l'enseignement secondaire. Les meilleures intentions se sont heurtées à la tyrannie exercée sur l'instruction publique par les différentes administrations. L'Université n'est pas maîtresse absolue de ses programmes ; il lui faut, par exemple, les conformer à ceux établis pour l'Ecole polytechnique, sous peine de perdre ses élèves. M. Jules Simon pense, d'ailleurs, que, si en presque toute matière les réformes ne se font bien qu'en tranchant dans le vif, il faut, au contraire, quand il s'agit d'éducation, y regarder à plusieurs fois. Et M. Jules Simon, déclarant qu'il parle au nom de l'Université, met à néant tout espoir de réforme. On se plaint que l'Université ne fait pas assez de place aux connaissances modernes, qu'elle enseigne trop les lettres classiques. Elle répond qu'elle ne les enseigne pas assez, qu'il faut les enseigner davantage. Jamais elle n'abandonnera l'enseignement classique. « Jamais » est toujours une parole imprudente. Aujourd'hui on demande à l'Université d'instituer un système sérieux d'humanité moderne, en réservant l'instruction classique pour un petit nombre, pour une élite, si l'on veut, qui en profiterait sérieusement. Elle s'obstine à faire passer tout le monde sous les fourches caudines du grec et du latin. Puissions-nous nous tromper ! Mais au bout de cette belle résistance aux réformes, nous voyons une révolution qui balaiera les lettres grecques et latines de l'instruction publique ; heureux si, avec elles, ne sont pas emportées les humanités modernes. Dans votre enseignement classique, dans cet enseignement qui a pour objet le développement de l'esprit humain et non l'apprentissage d'une profession quelconque, dans cet enseignement qu'ainsi entendu il faut sauver à tout prix, vous refusez de substituer à Pascal Gœthe, Shakspeare à Tacite, à Cicéron, à Horace ! Prenez garde d'aboutir à la proscription de Pascal et de Tacite, de Gœthe et de Cicéron, de Shakspeare et d'Horace.

M. Chalamet, à qui nous avons emprunté la définition précédente de l'enseignement classique, refuse aux chefs-d'œuvre de la littérature étrangère et française la vertu éducatrice de la littérature antique. Il oppose certaines œuvres anciennes à certains chefs-d'œuvre de littératures étrangères et déclare que les premières sont bien plus que les seconds à la portée des jeunes enfants. C'est vrai pour celles qu'il cite, et encore faudrait-il ajouter ce correctif que, s'ils ne sont traduits, Homère et Milton les ennuieront également. Mais, en principe, son argument ne tient pas, car on pourrait faire des oppositions inverses. M. Chalamet rappelle que l'Université a toujours été un foyer de libéralisme, qu'à

© ANM

toutes les époques de réaction elle a été frappée, qu'il y a quarante ans nombre d'universitaires ont sacrifié leur avenir à l'amour du droit et de la liberté. Là encore il généralise peut-être un peu hâtivement ; resterait à démontrer que ce sont là les fruits de l'enseignement classique. M. Chalamet se borne à l'affirmer ; d'autres pourraient affirmer que la platitude de certaines illustrations provenait de la même source.

M. Chalamet convient que le baccalauréat ne prouve absolument rien et n'est qu'une préparation mnémotechnique et hâtive. Le mal date de 1850, de l'époque où l'on a établi la liberté de l'enseignement, aboli le certificat d'études constatant qu'on avait fait deux années distinctes de rhétorique et de philosophie. Il ne s'oppose donc pas à la transformation, à la suppression du baccalauréat, au rétablissement du certificat d'études, aux examens de passage. Seulement, pour ceux-là, il craint que le renvoi des élèves insuffisants n'entraîne pour les proviseurs des désagréments administratifs. Et il sait que la chair est faible. M. Chalamet cependant consent, pour sauver l'enseignement classique, à faire la part des nécessités modernes.

Il voudrait un certain nombre de lycées, quarante ou cinquante, donnant un enseignement classique élevé, fermés aux jeunes gens qui ne pourraient pas réellement en tirer un véritable profit. A côté, on aurait des établissements où se ferait un enseignement classique français, comme le demande M. Combes. Il y a quelques dix ans, nous émettions une proposition analogue, avec cette différence qu'en réclamant un haut enseignement classique français, doté des mêmes avantages et privilèges que l'autre, nous ne fermions aucune porte à personne. Comme M. Chalamet et bien avant lui, nous déplorions la transformation en lycées classiques de tous les collèges communaux, pour la satisfaction des petites vanités locales. Un seul ministre, M. Goblet, a osé résister à ce courant. — Quant aux Commissions dont a parlé M. Jules Simon, M. Chalamet leur reproche de ne s'être pas occupés de la discipline, qu'il lui déplaît de voir devenir trop maternelle. Après quoi, il fait une charge à fond contre le bruit qui se fait autour des exercices physiques, contre les concours, les voyages auxquels ils donnent lieu. Peut-être n'a-t-il d'autre tort que d'attacher une importance exagérée à ce qui ne sera sans doute que l'exagération passagère d'une véritable amélioration au régime de nos lycées. — Dans un prochain article nous terminerons l'appréciation de cette intéressante discussion. E. T.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE BERLIN. — *Comités étrangers.* — Les jeunes médecins étrangers de différentes nationalités, qui habitent Berlin dans le but d'y faire des recherches scientifiques ou d'y terminer leurs études, ont formé, à l'occasion du prochain Congrès international de médecine, des comités dans le but de guider à Berlin les médecins de leurs pays respectifs qui viendront au Congrès. Le Comité formé par les médecins anglo-américains existe déjà, de même que celui des médecins parlant l'Espagnol. Pour les Français, les Russes, les Italiens et les autres nations, ces Comités sont en voie de formation. Les membres de ces Comités donneront aux étrangers tous les renseignements voulus, ils les mettront en relations avec des médecins Berlinois. De cette façon, les membres du Congrès seront moins isolés. On ne saurait trop féliciter les médecins qui ont ainsi entrepris de rendre à leurs confrères le séjour de Berlin plus agréable et plus profitable.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 9 juin 1890. — PRÉSIDENCE DE M. HERMITTE.

M. THÉLOHAN adresse une note *sur deux espèces nouvelles de Coccidies parasites de l'Epinoche et de la Sardine.* — La *Coccidie de l'Epinoche* est de petite taille et ses kystes ne mesurent que 16 à 18 μ. Elle habite les cellules hépatiques et accomplit toute son évolution dans la cellule nourricière. Ces cellules renferment souvent deux ou trois kystes. — Le Coccidium Gasterostei constitue une petite masse sphérique de plasma renfermant un très grand nombre de gros globules assez réfringents. Arrivé au moment de son complet développement, le plasma s'enkyste en s'entourant d'une membrane mince et transparente, régulièrement sphérique. Puis la masse plasmique se rétracte et laisse un espace vide entre elle et la membrane. Le noyau est au centre du plasma. Il émigre à la périphérie et se divise par karyokinèse. On observe, à la suite de cette division, quatre petites sphères renfermant chacune un noyau. Ce sont des sporoblastes. Leur noyau se divise, les sporoblastes binuclées s'allongent, s'entourent d'une enveloppe et revêtent les caractères des spores typiques des coccidium. L'auteur n'a pu poursuivre l'étude de la destinée ultérieure de ces spores. — La Coccidie de la Sardine a été rencontrée dans le testicule de la sardine. Le kyste mesure 50 μ. Il n'a pas été observé à l'intérieur des cellules ; on les trouve seulement dans les canaux séminifères. A l'intérieur du kyste on trouve une masse granuleuse appliquée contre la membrane et dans laquelle sont implantés quatre spores fusiformes. Ces deux coccidies présentent ce caractère intéressant que leur évolution s'accomplit tout entière dans l'organe qu'elles ont envahi.

M. DE LACAZE-DUTHIERS présente une note de M. BATAILLON sur les *modifications nucléaires intéressant le nucléole et pouvant jeter quelque jour sur sa signification.* — D'après ces recherches faites sur les cellules de la queue d'un têtard de grenouille, le filament chromatique normal pourrait se développer aux dépens du plasma nucléolaire absorbant les grains de chromatine; le filament nucléinien pourrait se produire également par une condensation de la trame hyalo-plasmique dont le nucléole serait en quelque sorte le centre. Mais dans l'un ou l'autre cas, le nucléole se présente comme un organicule de la plus haute importance en biologie cellulaire.

Séance du 16 juin 1890. — PRÉSIDENCE DE M. HERMITTE.

MM. HÉRICOURT et RICHET présentent une note sur *l'influence de la transfusion péritonéale du sang de chien sur l'évolution de la tuberculose chez le lapin.* — Ces expérimentateurs ont fait des inoculations tuberculeuses sur 37 lapins dont 16 avaient reçu préalablement une infusion intra-péritonéale du sang de chien. Au bout d'un mois et demi il existait une notable différence entre l'état de santé des lapins, les animaux témoins se reconnaissant à leur maigreur extrême, leur apparence piteuse, à leur poil hérissé alors que les animaux transfusés paraissaient indemnes. Deux mois après l'inoculation, 7 des 21 animaux témoins étaient morts alors que des 16 transfusés un seul avait péri. Tous les lapins finirent cependant par succomber de tuberculose. Les auteurs admettent donc que l'injection péritonéale de sang de chien à des lapins ralentit la marche de la tuberculose expérimentale.

M. FERRANINI adresse une note *sur la dose antiseptique et la dose antipeptique de diverses substances.* — L'auteur désigne sous le nom de dose antipeptique la dose qui, rapportée à un litre de liquide, empêche la transformation de la fibrine de sang en peptone par l'action de la pepsine chlorhydrique. Les résultats de ces recherches sont les suivants : à la dose de 1 pour 1000, le protochlorure et le bichlorure de mercure, le phénol pour antipeptique. — Le

© ANM

naphthol, le thymol, le chloral, la résorcine le sont à la dose de 30 pour 1000. L'iodoforme, l'acide borique, le sulfate de quinine, la terpine, le naphtol, ne sont pas antipeptiques même à la dose de 50 pour 1000.

Mais l'effet est variable suivant que le liquide digestif employé est plus ou moins dilué. Les alcools sont d'autant plus antipeptiques que leur poids moléculaire est plus élevé; l'alcool butylique l'est plus que l'alcool éthylique et ainsi de suite. La bière et le vin blanc ne troublent pas la digestion d'un liquide digestif même dilué, tandis que le vin rouge la paralyse à dose assez élevée il est vrai.

M. Hermann Fol adresse une note sur la *ressemblance entre époux*. — De ses observations il conclut que les couples s'unissent en suivant la règle des conformités et non pas celle des contrastes. La ressemblance entre époux âgés n'est pas un fait acquis par l'effet de la vie conjugale, car cette ressemblance existe déjà au moment du mariage à peu près dans les mêmes proportions que dans les vieux ménages. Morax.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 28 juin 1890. — Présidence de M. Brown-Séquard.

M. Quinquaud.— J'ai étudié, avec M. Fournioux, l'action de l'*aristol* ou dithymol iodé. Les différents échantillons commerciaux que nous avons pu nous procurer étaient très dissemblables : aussi avons-nous cherché d'abord à obtenir un produit pur. On y réussit par l'action d'une solution alcaline de thymol sur la solution iodo-iodurée ordinaire. L'aristol se précipite sous forme d'un corps rouge brun. Il n'est pas toxique pour le cobaye et le chien à des doses variant entre un et deux grammes par kilogramme d'animal. Son absorption est prouvée par le fait de l'élimination de l'iode, qu'on retrouve dans les urines pendant 4 à 5 jours. C'est un antiseptique puissant qui jouit de propriétés cicatrisantes très marquées, utiles surtout dans le chancre simple et les plaies superficielles, mais il n'a pas d'action curative sur l'épithéliome ulcéré.

M. Gley a étudié *les arrêts prolongés du cœur*. Ce sont des phénomènes d'inhibition cardiaque très marqués chez les grenouilles empoisonnées par le sulfure d'allyle. On peut voir le cœur s'arrêter pendant plus de dix minutes et se remettre à battre sous l'influence des excitations mécaniques. Sur le chien nouveau-né on peut observer les phénomènes semblables; l'arrêt du cœur est seulement plus court, trois minutes au plus.

M. Brown-Séquard. — L'*action du suc testiculaire chez la femme* est très marquée, plus même que celle du suc des ovaires ; elle produit les mêmes effets que chez l'homme. Elle peut être absorbée par la muqueuse vaginale ou par la voie rectale, cette dernière voie est préférable. Les effets sont surtout nets chez les personnes âgées dont les ovaires fonctionnent mal et chez celles qui sont atteintes d'une affection de ces organes.

M. Bazy. — *Chirurgie clinique et expérimentale*. — Vous avez entendu, dans la séance du 14 juin dernier, une communication de mon collègue, M. Tuffier, chirurgien des hôpitaux, intitulée : *De l'action de l'urine sur les tissus, son application à la Chirurgie* (Comptes rendus hebdomadaires des séances de la Société de Biologie, p. 357), dans laquelle il est fait mention d'opérations pratiquées sur la vessie des chiens, d'ablations de la muqueuse vésicale sur une étendue plus ou moins considérable, de plaies réunies par la suture, d'ablation de l'orifice urétéral ou des orifices urétéraux, etc., et M. Tuffier termine en disant : « Ces faits prouvent l'innocuité des résections intra-vésicales et l'absence de toute infiltration urineuse en pareil cas. J'ai été assez heureux pour transplanter (c'est probablement transporter qu'il faut lire) ces faits à la chirurgie humaine et dans deux cas j'ai exécuté aussi une suture avec un plein succès. »

Il y a onze ans, j'avais l'honneur d'être l'interne du professeur Guyon. A cette époque et bien avant (et cela est écrit partout dans ses ouvrages) le professeur Guyon appelait l'attention de ses élèves sur l'innocuité de l'urine par rapport aux plaies, montrant que son contact avec la plaie était innocent.

En même temps, il démontrait l'innocuité des urines ammoniacales, prouvait que l'état ammoniacal des urines n'était pas une contre-indication aux opérations et ne devait pas les empêcher : vues cliniques qui ont été ultérieurement confirmées par les travaux de mon ami Albarran, qui a montré que la bactérie pyogène vivait difficilement dans un milieu ammoniacal. Nous savions donc que le contact de l'urine est inoffensif pour une plaie : d'autre part, la pathologie générale nous apprenait que si les plaies des cavités sont plus graves que les autres, on pouvait néanmoins en atténuer beaucoup la gravité. Fort de ces deux données, je n'hésitai pas à pratiquer en 1882, c'est-à-dire il y a près de huit ans, la première extirpation de tumeur de la vessie qui ait été faite en France. Je faisais donc une très large perte de substance à la vessie. Dès cette époque, m'appuyant toujours sur les données de la pathologie générale et de la pathologie spéciale dont je viens de parler, je préconisais ce que j'appelais la *résection* d'une partie ou de la totalité de l'épaisseur des parois de la vessie, et la suture de la perte de substance. La résection et la suture étaient pratiquées il y a plusieurs années par M. Guyon (voir *Leçons cliniques sur les maladies de la vessie et de la prostate*, p. 451) ; le malade guérissait dans les conditions les plus simples. Enfin, pour tout ce qui touche à la résection des orifices urétéraux, je n'ai qu'à vous prier de vous reporter au N° du 16 janvier 1889 du *Bulletin médical* ; j'y citais une observation où cette résection avait été faite par moi, quatre mois auparavant, et je prouvais son innocuité et son efficacité. J'ai fait aussi la suture dans ce cas. Ces faits sont publiés depuis un an et demi.

Dans le N° 3 de la *Médecine moderne* de cette année (p. 41), je publiais deux nouveaux faits d'ablations de tumeurs siégeant au voisinage du col et des uretères ; dans un cas j'ai fait la suture, dans l'autre je ne l'ai pas faite. Du reste, et j'y fais allusion dans ce dernier travail, nous savons assez comment se comportent les plaies accidentelles faites aux uretères chez l'homme, pour ne pas ignorer qu'on n'a pas à craindre leur oblitération ou leur rétrécissement : vous savez, en effet, que dans quelques cas on n'a pu leur opposer que la néphrectomie. Comme vous le voyez, il serait plus exact de dire que M. Tuffier a transporté sur les animaux des opérations qui avaient déjà été faites sur l'homme.

Je ne veux pas insister et dire que l'innocuité des injections d'urine aseptique était pour tous démontrée expérimentalement par les expériences de M. Bouchard et d'autres, que la clinique l'avait démontrée déjà, puisque M. Tuffier a pu réunir les autopsies de dix blessés ayant succombé à des ruptures traumatiques de la vessie sans trace de péritonite.

M. Tuffier n'a pas davantage démontré l'erreur qui attribue à l'urine les lésions cliniques de l'infiltration urineuse, puisque MM. Albarran et Hallé ont fait voir que l'agent pathogène de l'infiltration urineuse et aussi des abcès urineux était la bactérie pyogène. J'ajoute que ces travaux ont été faits dans le laboratoire et à l'instigation de M. Guyon.

Quant à l'innocuité du mélange de l'urine et du sang, elle était démontrée par de nombreux faits cliniques de contusions et de déchirures des reins, et elle a été affirmée il y a cinq ans au Congrès français de Chirurgie (1885, p. 259 et suiv.) par un chirurgien fort distingué de Chartres, M. Maunoury, qui a montré que les contusions et les déchirures des reins n'étaient pas suivies d'abcès, à la condition que le foyer du traumatisme ne fût pas infecté, et il a indiqué que l'agent de l'infection dans la plupart des cas était le cathétérisme. Je n'ai pas voulu, dans cette note, opposer la chirurgie clinique à la chirurgie expérimentale et conclure en faveur de celle-là. L'une et l'autre nous sont nécessaires ; elles se prêtent un mutuel appui. L'expérimentation peut expliquer ou confirmer les résultats de l'observation. Elle peut ouvrir des voies nouvelles et fécondes. La lecture de la note de M. Tuffier pourrait faire penser qu'il en est ainsi pour le sujet qui nous occupe. Je tenais à démontrer qu'il n'en est rien. On peut d'ailleurs efficacement servir la science en étudiant un phénomène clinique et en en tirant toutes les conséquences, aussi bien qu'en provoquant et étudiant un phénomène expérimental. Ici, c'est bien à l'étude clinique, à une étude déjà ancienne, et non aux expériences récentes qui vous ont été communiquées, que nous devons la notion de l'innocuité du contact de l'urine sur les plaies. C'est elle qui nous a prouvé que l'urine normale et même l'urine pathologique ne trouble pas leur évolution et qu'il est possible de réunir par première intention les pertes de substances à son contact.

A. Pilliet.

Hôpitaux de Marseille. — *Concours d'élèves en pharmacie*. — Un concours pour la nomination de cinq places d'élèves en pharmacie des hôpitaux civils de Marseille sera ouvert le 11 août 1890, à 3 heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre des concours de l'Hôtel-Dieu de Marseille. Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat général des hospices civils de Marseille.

© ANM

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 1er juillet 1890. — PRÉSIDENCE DE M. MOUTARD-MARTIN.

M. LEDOUBLE (de Tours) fait une communication sur le *muscle présternal* chez l'homme. Il l'a rencontré 33 fois sur 722 dissections. Unilatéral ou bilatéral, il se continue ordinairement en haut avec les tendons sternaux des muscles sterno-cleido-mastoïdiens ; quelquefois il s'insère directement sur le sternum ou la clavicule, enfin, rarement il se continue avec le peaucier du cou ou même aux côtes. En bas, ils peuvent s'insérer depuis la 3e côte et le 3e cartilage costal jusqu'à la 8e côte et le 8e cartilage. Ordinairement vertical, il s'entrecroise quelquefois sur la ligne médiane avec l'opposé. On ne connaît pas encore sa signification physiologique.

M. LEDOUBLE lit en outre une note sur la *reproduction, chez l'homme, de la formule aortique de l'Orang, du Gibbon, de tous les autres singes et des carnassiers.*

M. FRANÇOIS FRANCK continue sa dernière communication et traite *des dangers spéciaux de la période d'excitation vraie déterminée par l'inhalation des vapeurs de chloroforme et des moyens d'y remédier.* L'action du chloroforme, au début, se manifeste par l'excitation en masse des centres nerveux, excitation qui peut produire un arrêt réflexe du cœur. Entre la période des violentes manifestations motrices et l'anesthésie vraie, il y a une période pendant laquelle les réflexes se produisent avec la plus grande facilité : c'est la période dangereuse. La suppression de la période d'excitation offrirait un immense avantage. Pour y arriver, il faudrait diminuer l'impressionnabilité des centres nerveux, et, dans certains cas, on pourrait employer la morphine malgré l'inconvénient qu'elle a de diminuer l'étendue des mouvements respiratoires, ou encore les inhalations d'éther. Les accidents sont le plus souvent dus à une anesthésie incomplète. On doit donc attendre que celle-ci soit complète pour opérer. Quant aux accidents de la période d'intoxication qui ne commence que lorsque le chloroforme a pénétré dans le sang, ils sont indépendants des troubles respiratoires et le chloroforme agit directement sur le cœur comme un poison, et sans que le système nerveux central intervienne. Comme moyens pratiques à employer, il faut employer : contre les arrêts respiratoires et cardiaques réflexes du début, la respiration artificielle par manœuvres externes ; contre les arrêts respiratoires seuls, ou suivis d'arrêt du cœur résultant de l'intoxication, l'insufflation pulmonaire associée à des pressions rythmiques du thorax.

M. LE FORT conteste que les conclusions des expériences sur l'animal soient, dans le cas particulier de la chloroformisation, applicables à l'homme, et que les accidents chez l'un et chez l'autre n'ont pas la même origine. Il est, par exemple, exceptionnel que la mort survienne chez l'homme par syncope due à un réflexe nasal. Dans un grand nombre de cas, c'est la peur qui constitue le plus grand danger. On doit éviter toute exploration pouvant faire croire au malade qu'on va l'opérer avant l'anesthésie complète. De plus, la chloroformisation n'est dangereuse que dans la première période, et l'on peut la prolonger pendant 1 ou 2 heures sans danger d'intoxication. Quant à la méthode des mélanges titrés qu'on attribue à P. Bert, elle est due à Clover qui l'a publiée en 1882. Pendant cinq ans, il n'a pas eu d'accidents, puis, coup sur coup, il y a eu quatre cas de mort. Aujourd'hui, après avoir été prônée par les chirurgiens et inventée par eux, elle est abandonnée. Quoi qu'on fasse, on ne parviendra jamais à éviter les accidents de la chloroformisation chez l'homme.

L'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Hérard sur les candidats au titre d'associé étranger, et dresse ainsi la liste de présentation : 1° MM. van Beneden (de Louvain), et West (de Londres) ; 2° Sir Fayrer (de Londres). P. S.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 27 Juin 1890. — PRÉSIDENCE DE M. DUMONTPALLIER.

M. LETULLE lit, au nom de M. HAYEM, une note sur l'*acide lactique dans le traitement de la diarrhée.* Depuis sa première communication, l'auteur n'a cessé de s'occuper de cette question. Pour la diarrhée des adultes, il ne compte que des succès. Bien que son action topique dans les tuberculoses locales soit bien connue, c'est à peine si l'acide lactique est mentionné dans les récents traités de thérapeutique. Il paraît se former en petites proportions dans l'estomac et l'intestin ; pendant la digestion du pain, on n'en trouve que des traces ; il manque totalement au moment où le contenu stomacal est le plus riche en HCl libre (Winter et Hayem, Boas). Il paraît antifermentescible comme l'HCl, mais son action s'applique à d'autres germes que ceux qu'attaque cet acide. Pris à petites doses, il peut être utile dans la dyspepsie. Il serait absorbé dans l'intestin sous forme de lactates qui se brûleraient dans le sang pour former des carbonates alcalins. A la dose de 10 grammes ou plus, il passe en nature dans les urines et dans les selles des diarrhéiques, il peut donc traverser intact tout l'intestin et y exercer une action germicide et topique. On a accusé l'acide lactique à hautes doses de soustraire des alcalins à l'organisme et de provoquer ainsi des accidents : vomissements, diarrhée, amaigrissement. Hertzmann lui attribue l'ostéomalacie et le rachitisme par décalcification des os. Mais Heiss a pu faire prendre en 10 mois à un chien 2,286 gr. d'acide lactique sans provoquer de troubles pendant la vie, ni de lésions après la mort. On donnera l'acide lactique à la dose de 10 à 15 grammes par jour sous forme de limonade, selon la formule suivante :

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

Dans certains cas, on peut se contenter de faire prendre au malade du képhir n° 2 à la dose d'une à trois bouteilles ; cela arrête très bien la diarrhée des phtisiques. L'acide lactique agit très bien dans la diarrhée des typhiques et dans la diarrhée sporadique, il réussit moins dans l'entérocolite. Pour le choléra, on pourrait l'employer comme prophylactique à la dose de 4 à 6 gr. par jour, comme curatif à la dose de 10 à 20 gr. dans les 24 heures.

M. CHANTEMESSE présente, au nom de M. WIDAL et au sien, un malade atteint d'*automatisme comitial ambulatoire* offrant ce phénomène particulier qu'actuellement il arrive à se rendre maître de ses accès et à en empêcher le complet développement. Il a des antécédents névropathiques héréditaires très chargés ; son père, son grand-père, un de ses oncles étaient alcooliques, il a eu une tante aliénée, sa mère est très nerveuse. Il a uriné au lit jusqu'à 14 ans ; pendant la guerre de 1870, il eut une sorte d'attaque épileptique. Un jour, au régiment, il fut puni pour n'avoir pas répondu à un appel qu'il n'avait pas entendu, se trouvant en ce moment en état d'absence comitiale. Sorti du régiment, il est devenu irritable, insociable, il ne s'est pas marié. Douanier, ayant laissé passer, pendant une absence, des voitures qui faisaient la fraude, il fut accusé de complicité, ce qui l'affligea beaucoup ; quelques jours après, il quittait brusquement sa maison, et trois jours après on le retrouvait près du Trocadéro, mouillé, éreinté, ne sachant comment il était venu là. Il dit qu'il venait de Corse, où il avait été, en effet, quelques années auparavant ; mais tout ce qui s'était passé depuis lors échappait à ce moment à sa mémoire. Envoyé à Sainte-Anne, il eut des hallucinations, puis parut guéri et on le laissa sortir. Entré dans une raffinerie, il vit un jour près de lui un ouvrier écrasé par une machine, il quitta l'atelier, entra dans un restaurant, se fit servir un dîner qu'il ne mangea pas et jeta à un chien qui se trouvait là, puis dit qu'il ne pouvait payer ; on lui demanda son adresse. Comme la première fois, il donna l'avant-dernière ; il avait encore une fois perdu le souvenir de ses actes les plus rapprochés. Réclamé par son concierge, en rentrant chez lui il ne reconnaissait pas son logement. A six heures du soir seulement il sortit de cet état second, demanda ce qui lui était arrivé et régla sa dépense du restaurant. Outre ces deux grands accès, il en a eu de petits,

© ANM

dont il se rend d'ailleurs assez bien compte, parce qu'une fois revenu à l'état normal il se souvient de l'aura qui a précédé sa période d'automatisme. Cette aura consiste en une sorte de martellement autour des yeux, des tempes et au front. Ces accès sont assez fréquents. Quand ils commencent, il se met à travailler plus rapidement, sa figure devient pâle, puis il rentre chez lui, fait du bruit, casse ses meubles, son poêle, ce qui lui a plusieurs fois occasionné des brûlures. Quand il lit, il lui arrive de continuer sa lecture étant en état second ; de même quand il écrit. Il a des phénomènes d'hystérie. Il est actuellement très amélioré par le bromure qu'on lui a donné à hautes doses, 4 grammes la première semaine, 5 grammes la seconde, 6 grammes la troisième. Depuis qu'il est en traitement, une seule fois il a eu une aura sans crise.

M. Duponchel. — Je crois qu'il est bon de faire remarquer l'importance de ces faits dans les questions de discipline et de législation militaires. Car le seul fait de s'absenter d'un endroit déterminé peut, pour un soldat, constituer un crime ou un délit prévu et puni par le code de justice militaire et des pénalités les plus graves, car l'abandon du poste entraîne en temps de guerre la peine de mort, en temps de paix il pourrait être considéré comme déserteur et se voir infliger une punition grave. J'ai eu l'occasion de publier plusieurs faits identiques et mon collègue de l'armée, M. le médecin-major Manquat, en a cité un très instructif. Il faut donc vulgariser autant que possible la connaissance de ces faits dont le diagnostic n'est pas toujours facile.

M. Chantemesse. — Je dois signaler de plus que notre homme est venu nous trouver non pas pour ses accidents d'automatisme qu'il a quelque pudeur à révéler, mais pour des accidents d'angine de poitrine qui coïncidaient avec des accès d'asphyxie locale des extrémités. Ce fait est intéressant au point de vue de la théorie des angines de poitrine dites hystériques.

M. Laveran. — *Tentative d'asphyxie par la vapeur de charbon.* — Il s'agit d'un soldat en permission de huit jours à Paris, qu'on trouva un matin étendu dans le cabinet mal ventilé qu'il habitait, à côté d'un brasero de charbon à demi consumé. A son entrée à l'hôpital, le malade présente une profonde stupeur. La face est tuméfiée, le cou rouge. Il y a de l'emphysème sous-cutané qui s'étend du cou à la partie supérieure du tronc et à la racine des membres thoraciques. Respiration fréquente, température fébrile, gâtisme. Sous l'influence d'un traitement approprié (oxygène, injections d'éther) l'état s'améliore, mais l'emphysème sous-cutané s'étend, atteint la partie inférieure du tronc, les bourses. Pas traces de fracture de côtes. L'examen du sang ne révèle pas la présence d'oxyde de carbone. Au bout de quelques jours l'emphysème disparut, mais il restait une amnésie complète — pas de paralysie, pas de troubles de la sensibilité. Au bout de quelques jours le malade commença à répondre, mais il n'avait pas encore une conscience exacte de ses actes. Aujourd'hui il est beaucoup mieux. Ce qu'il y a de plus intéressant à noter dans cette observation, ce sont les troubles cérébraux et l'emphysème sous-cutané dont la présence est d'une interprétation difficile. Il a dû se produire sous l'influence de la toux qui a entraîné probablement la rupture de quelques vésicules pulmonaires et consécutivement l'emphysème sous-cutané.

M. Ollivier. — La glycosurie a été signalée dans l'intoxication par les vapeurs de charbon. M. Laveran a-t-il constaté la présence de sucre dans les urines de son malade?

M. Laveran. — Le malade urinant sous lui, l'examen de ce liquide n'a pu être fait. Lorsque l'amélioration survint, les urines ont été recueillies. Elles étaient alors normales.

M. Barth. — *Traitement de la pneumonie grave par les bains froids.* — L'idée de ce traitement n'est pas nouvelle, et depuis Bartholni de nombreuses recherches ont été faites. Tismer, à Bâle, a vu la mortalité descendre de 26 0/0 à 16,5. Lubermester a observé une mortalité moindre des 2/3 qu'avec les autres méthodes. En France elle compte encore peu de partisans. J'ai essayé cette méthode sur 7 malades, dont 6 gravement atteints. De ces observations je puis tirer quelques conclusions intéressantes : 1° La réfrigération directe dans la pneumonie est et doit rester une méthode d'exception. Pour juger des cas où il faut l'employer, il suffit de se remémorer les points essentiels de la physiologie pathologique du malade atteint de pneumonie, ainsi que les effets directs et indirects du bain froid sur l'organisme du pneumonique.

Longtemps on n'a voulu y voir que le fait de la soustraction matérielle d'une certaine quantité de chaleur. C'est là un point de vue étroit et faux. Le bain froid soustrait, il est vrai, du calorique, mais de plus il faut considérer ses effets sur l'appareil respiratoire. Au moment de l'immersion, la tension sanguine s'accroît et le travail du cœur augmente. Le malade retiré du bain, la réaction produit un effet inverse. Le bain froid exerce sur le système nerveux une stimulation énergique, à la fois tonique et sédative, qui se manifeste par un accroissement de l'énergie de ses fonctions. Enfin, le bain froid augmente les sécrétions et notamment la sécrétion urinaire qui permet à l'organisme de se débarrasser non seulement des résidus de la combustion, mais encore des poisons solubles élaborés par les microbes infectieux. Le bain combat donc non seulement l'hyperthermie, mais encore il dégage le cerveau, le poumon, le cœur et fortifie les centres nerveux ; il lutte contre l'infection, en favorisant la sécrétion urinaire. Mais il faut que l'organisme soit en état de réagir. Si le cœur est altéré dans sa texture, si son innervation est défectueuse, la syncope et l'asphyxie sont à craindre. Il faut donc rechercher, avant d'employer le bain, l'état du cœur, la présence de l'athérome, la résistance du système nerveux. Le mode d'application varie un peu. Ordinairement on donne le bain toutes les 4 heures. Les premiers seront donnés de 28° à 30° puis refroidis à 22°, à 18°, si on craint que le malade supporte mal la réaction. Dans le cas contraire, on donne d'emblée le bain à 18°. Si la fièvre persiste après les premiers bains, on abaisse un peu plus la température des suivants. On donnera généralement avant le bain un peu de grog et un peu de vin chaud après. Dans les cas graves, je donne une injection de caféine avant, une injection d'éther après.

M. Juhel-Renoy. — Je suis heureux de voir M. Barth se convertir à la doctrine des bains froids dont il était, il me semble, l'adversaire lors de ma communication, il y a deux ans. Pour ma part, j'ai au moins une douzaine de succès. Pendant l'épidémie de grippe, j'ai établi dans le service de M. Siredey, que je remplaçais, un traitement comparatif de la pneumonie. Ce sont les bains froids qui m'ont donné le plus de succès, en second lieu le tartre stibié, puis l'alcool ; la méthode sanglante ne m'a donné que des insuccès.

M. Barth. — J'ai dit, lors de la communication de M. Juhel-Renoy, que j'avais vu une pneumonie mortelle chez un lymphatique baigné, mais je n'ai pas dit que le bain froid donnait la pneumonie aux typhiques. J'ai cité ce cas au moment où l'action des bains froids était à l'étude, pour résister à l'enthousiasme que soulevait au sein de la société le traitement des dothiénenthéries par cette méthode. L.-R. Regnier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 2 juillet 1890. — Présidence de M. Nicaise.

Ténotomie à ciel ouvert.

M. Jalaguier cite 6 ténotomies de muscles sterno-cleido-mastoïdiens qu'il a faites récemment. Dans 5 cas, il a employé la méthode sous-cutanée. Dans un seul cas, pour un torticolis grave, chez une fille de 15 mois, il a fait une ténotomie à ciel ouvert et il a eu une cicatrice exubérante. La section sous-cutanée est facile à faire ; il faut couper le tendon de la superficie vers la profondeur, en l'isolant au préalable avec le doigt. Il ne croit pas qu'on doive abandonner la section sous-cutanée et d'après lui l'opération dite de Volkmann sera bien rarement indiquée. Elle ne devra donc être proposée d'emblée que dans certains cas particuliers. L'usage de l'appareil de Sayre constitue un réel progrès. Il l'enlève vers le 15e jour et recommande ensuite les manipulations et le massage.

M. Lucas-Championnière. — Il y a 15 ans que je fais la ténotomie à ciel ouvert, comme on le verra en relisant mon manuel de chirurgie antiseptique ! Il faut absolument rejeter la ténotomie sous-cutanée pour les pieds bots comme pour le torticolis. Il n'a jamais fait de ténotomie sous-cutanée. La téno-

© ANM

tomie à ciel ouvert permet d'obtenir des résultats plus parfaits et d'éviter certains inconvénients fort ennuyeux (épanchements sanguins considérables, etc.)

M. BERGER. — Quoi qu'on en dise, une cicatrice au cou chez une jeune fille est fort désagréable, et à la ville on vous reprochera toujours de l'avoir faite. Il cite un cas à l'appui remontant à Velpeau.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Les cicatrices de Velpeau ne sont pas à comparer à celles qu'on obtient maintenant, puisqu'elles ont suppuré.

M. KIRMISSON. — Il est bien évident qu'une cicatrice est un léger inconvénient; mais il ne faut pas oublier que dans beaucoup de cas la ténotomie à ciel ouvert est le seul moyen de bien détruire tous les feuillets aponévrotiques et les tractus fibreux qui enserrent le muscle retracté. M. Segond et M. Bouilly sont de son avis. Certes la ténotomie sous-cutanée pourra être employée dans certains cas; mais cela n'empêche pas que la ténotomie à ciel ouvert est un progrès réel.

M. BERGER. — Il y a plus de cas simples qu'on ne le croit.

M. QUÉNU. — Il y a quelques jours j'ai fait une ténotomie à ciel ouvert chez un enfant de 2 ans 1/2 pour un torticolis très développé. J'ai trouvé une corde très dure, un tendon très épais et très large. Malgré les précautions prises, j'ai sectionné une très grosse veine. Or, il est certain que, si j'avais fait la ténotomie sous-cutanée, j'aurais de même sectionné cette grosse veine et j'aurais déterminé une hémorrhagie grave. Je n'ai pas appliqué d'appareil et cependant la guérison est complète.

De l'ouverture vaginale des salpingo-ovarites suppurées.

M. BOUILLY. — Dans ce qui va suivre, je ne m'occuperai que des collections salpingées et ovariques suppurées, et non pas des abcès du tissu cellulaire, de la péritonite enkystée, des hématocèles périutérines, etc. Le caractère clinique principal de ces suppurations est qu'elles sont collectées dans des poches *élevées*, haut placées, au-dessus des culs-de-sac vaginaux dans lesquels elles ne bombent pas. Ce sont des collections qu'il faut aller chercher assez haut, grâce à un manuel opératoire un peu spécial. M. Bouilly a fait 6 fois l'incision vaginale de salpingites.

1er *Cas.* — Salpingo-ovarite caractérisée par une tuméfaction diffuse. Laparotomie (1887). Impossible de songer à enlever les annexes par la voie sus-pubienne (1). 4 à 5 mois plus tard, ponction, par le vagin, de la poche et incision au thermocautère. Hémorrhagie secondaire vaginale très abondante. — 2e *Cas.* Polype fibreux de l'utérus avec salpingite gauche concomitante chez une femme épuisée. M. Bouilly crut plus prudent de ne pas ouvrir le ventre, en raison de l'état général. — 3e *Cas.* Jeune femme de 31 ans, ayant des pertes muco-purulentes et des ménorrhagies fort abondantes. Annexes enflammées. Curetage. Les jours suivants: accidents douloureux. 6 semaines après: abcès de la trompe. — 4e *Cas.* Dame mariée depuis 4 à 5 jours; accidents péritonéaux; abcès ouvert dans le rectum. Etat général très mauvais. Cette malade n'est pas guérie; il persiste une fistule vaginale. — 5e *Cas.* Accidents salpingiens chez une dame après un voyage fatigant. Fièvre élevée, mauvais état général, etc.

Pour M. Bouilly, les indications de cette opération doivent être: 1° l'état grave de la malade; 2° la possibilité d'atteindre la collection purulente par la voie vaginale; 3° l'existence d'une poche unique (unilatéralité des lésions) qu'on pourra ouvrir facilement par l'incision; 4° la notion qu'il s'agit d'une collection bien isolée; 5° l'existence d'une fluctuation totale, sans points indurés au voisinage ou dans la poche (2). Le manuel opératoire est simple. On fait déprimer la paroi abdominale, descendre la collection qui est *élevée* vers le cul-de-sac vaginal postérieur et y enfonce un trocart. Il faut manœuvrer en effet dans la zone postérieure au col, pour ne pas blesser la vessie. On agrandit ensuite au bistouri le point d'entrée du trocart maintenu en place comme conducteur et dilate les lèvres de l'incision avec une longue pince. On draine la cavité incisée. La cicatrisation est rapide; pourtant il persiste parfois des fistules salpingo-oophoro-vaginales.

En somme, c'est là une opération simple et moins grave que la laparotomie.

M. POLAILLON. — M. le Pr Laroyenne (de Lyon) a généralisé ce procédé comme mode de traitement des salpingites et a inventé un perforateur, en forme de ciseaux, qu'on introduit par le vagin pour ouvrir les trompes suppurées. C'est une sorte de lithotome pointu. M. Laroyenne a obtenu des succès en opérant ainsi. M. Polaillon a employé ce procédé, mais il a eu des fistules. Il ne faut pas trop généraliser cette façon de faire et la limiter à certains cas de salpingites à parois molles et flasques. En tous cas, l'instrument de M. Laroyenne est d'un usage commode.

M. ROUTIER a opéré dans un cas comme M. Polaillon. Il a très nettement senti le battement des artères vaginales au fond de la plaie. Il avait incisé couche par couche jusque sur la tumeur.

M. RECLUS cite un cas analogue. Il persista une fistule.

M. MONOD rapporte un fait semblable. La fistule ne guérit qu'au bout de 2 ans. Il y a souvent des fistules après ces opérations. Les unes se ferment seules; les autres persistent.

M. ROUTIER présente une *dent incluse dans un kyste dentaire opéré*; c'est la canine. L'autre canine est probablement incluse aussi, car elle n'est pas sortie à l'extérieur chez son opéré (homme de 39 ans), mais il n'y a pas de tumeur kystique appréciable de ce côté.

Marcel BAUDOUIN.

(1) Aujourd'hui on aurait peut-être, dans un cas semblable, fait quand même l'extirpation des annexes; avec un bon drainage, et surtout à l'aide d'un artifice opératoire facile à saisir, on aurait pu enlever avec succès la poche, car on aurait pu probablement ne pas infecter le reste du péritoine.

(2) Ces conditions doivent se trouver bien rarement réunies et partant l'incision vaginale, si l'on admet qu'elles doivent l'être toutes, sera rarement indiquée. Et, d'ailleurs, est-il si facile que cela de faire des diagnostics aussi précis? de préciser ainsi, dans la très grande majorité des cas, s'il n'y a qu'une trompe malade, etc.? Il est permis d'en douter. D'autre part, après de telles incisions vaginales, si l'on est obligé d'intervenir par la voie sus-pubienne, quelles difficultés n'a-t-on pas pour enlever les annexes? Cette incision vaginale semblerait surtout indiquée dans les cas où les accidents sont très aigus, l'état général mauvais. Et encore! Ne sait-on pas que le meilleur moyen de remédier à la péritonite suppurée, c'est le drainage de l'abdomen par la voie sus-pubienne.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 25 Juin 1890. — PRÉSIDENCE DE M. LABBÉ.

M. TRASBOT lit une note *sur la prétendue toxicité du calomel*. Un certain nombre d'auteurs, avec Mialhe, ont affirmé la toxicité du calomel et sa transformation dans l'estomac en sublimé, en présence du chlorure de sodium. D'autres ont admis que cette transformation avait lieu en présence de ce même sel, mais qu'il fallait qu'il existât en même temps des matières organiques et de l'air. J'ai répété, avec M. Adam, de nombreuses expériences dans différentes conditions, et il en ressort que la transformation du calomel en bichlorure de mercure se fait en quantités infinitésimales en présence des chlorures alcalins. Dans l'estomac ces derniers ne font donc pas subir au calomel cette modification, à moins qu'il n'existe de l' HCl en trop grande quantité.

M. C. PAUL. — Depuis longtemps j'ai fait les mêmes recherches avec M. Delpech en présence des aliments sucrés ou acides, je n'ai pas trouvé de transformation notable du calomel en sublimé.

M. DELPECH. — Le chlorure de sodium ne transforme pas davantage le calomel; si on a cité des cas d'empoisonnement, il est probable que c'est l'HCl du suc gastrique qui en a été la cause.

M. CRÉQUY. — Je ne crois pas qu'on ait cité des cas d'empoisonnement par le calomel.

M. TRASBOT. — On a pu rapporter des cas d'intoxication par le calomel; ils étaient causés par la présence d'un autre corps que le NaCl.

M. P. VIGIER. — *De la digitaline.* — Je désire porter l'attention sur une erreur que l'on peut commettre au sujet de l'emploi de la digitaline. J'avais demandé, lors de la revision du Codex, qu'on ne comprît sous le nom de Digitaline que celle soluble dans le chloroforme. Je voudrais qu'on la désignât sous le nom générique de *digitaline chloroformique* et non, comme on le fait actuellement, sous les noms de digitaline cristallisée, de digitaline amorphe, qui prêtent à la confusion.

© ANM

De ce fait, on est arrivé à prescrire la digitaline à des doses qui ne me semblent pas rationnelles. Il me semble dangereux de prescrire la digitaline cristallisée à la dose de 1 milligramme, tandis qu'on doit la donner à celles de 1/10 à 1/4 de milligramme.

M. DELPECH. — Les Allemands ont 2 sortes de digitaline : 1° la digitaline proprement dite, vingt fois moins forte que la digitaline cristallisée ; 2° la digitoxine, semblable à cette dernière. Lorsqu'on prépare la digitaline, après avoir obtenu la digitaline cristallisée, on retrouve une autre substance soluble dans le chloroforme, presque aussi active que la première. Avec M. Vigier, je suis d'avis qu'il faut prescrire la digitaline chloroformique. Il importe peu que le produit soit cristallisé ou non, si l'activité thérapeutique est semblable pour les deux.

M. BARDET. — On vend dans le commerce, sous le nom de digitaline, un produit allemand : la digitaléine, substance mal définie, présentant des analogies avec la saponine, dont l'activité est dûe sans doute à la digitaline qu'elle contient ; c'est un produit infidèle, qu'on ne doit pas prescrire. On retire, en outre, de la digitale, en dehors de la digitaline cristallisée, de la digitaline qui ne cristallise pas. Dans 1 gramme de poudre de feuilles de digitale, on trouve : 1 milligr. 1/2 de digitaline non cristallisée et 1 milligr. de digitaline cristallisée. Au point de vue toxicologique, la différence est faible entre ces deux produits. Je pense aussi qu'il faut désigner la digitaline sous le nom de *digitaline chloroformique*. Les deux produits : digitaline cristallisée et digitaline amorphe ne sont peut-être que deux substances transformables l'une dans l'autre. Ainsi, après exposition au soleil, action de chloroforme et nouvelle cristallisation, la digitaline cristallisée perd 25 à 30 °/₀. — Je pense qu'on est un peu timoré pour les doses de digitaline cristallisée à prescrire. On peut donner 1/2 milligramme. 1 gramme de feuilles de digitale n'a jamais produit d'intoxication fatale ; cependant il contient 2 milligr. 1/2 de digitaline.

M. MCUTARD-MARTIN. — 1 gramme de poudre de digitale produirait de l'intolérance gastrique, si on l'administrait en nature ; en macération, on n'y trouverait pas de digitaline, celle-ci n'étant soluble que dans l'alcool et le chloroforme.

M. HUCHARD. — Je prescris depuis longtemps la digitaline, suivant le procédé de M. Potain, à la dose massive de 1 milligramme ; je n'ai jamais vu d'accidents.

M. C. PAUL. — Après l'administration, par erreur, de 1 gramme de poudre de feuilles de digitale, j'ai observé des phénomènes graves.

M. BUCQUOY. — J'ai vu, de même, survenir des accidents avec des doses moyennes de poudre de digitale, parce qu'on n'avait pas filtré la macération et que cette poudre avait été complètement ingérée.

M. CATILLON. — Les produits amorphes ne possèdent pas une action égale à celle des produits cristallisables. Pour la digitaline, je suis néanmoins d'avis de se servir des deux ; la quantité de digitaline non cristallisée que l'on extrait de la plante étant trop grande pour être négligée. A. RAOULT.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 10 juillet 1890 (Hôpital Saint-Louis, à 9 h.)

Ordre du jour : 1° Présentation de malade. M. Brocq : *Syphilis tertiaire ou réinfection.* — 2° Communications : M. Oudin : *Note sur l'atrophie musculaire blennorrhagique.* — M. Renault : *Tabes aigu d'origine syphilitique ; observation suivie de quelques considérations sur les myélites de même nature.* — M. Barthélemy : *Résultats comparés de 27 autopsies de fœtus ou enfants mort-nés héréditaires syphilitiques.* — M. Jacquet : *Nouvelles remarques sur les dermatoses vasomotrices.* — M. Mauriac : *Syphilis communiquée par un mari à sa femme 4 ans et 9 mois après l'accident primitif.* — M. Du Castel : *Contribution à l'étiologie du pseudo-chancre induré des anciens syphilitiques.* — M. Gémy : *Un cas de dermatite exfoliatrice généralisée avec la particularité d'une intégrité complète des cheveux, des poils et des ongles.* — *Chancre syphilitique labial herpétiforme sans induration* (erreur de diagnostic).

VARIA

Le Choléra en Espagne.

On est toujours aussi peu fixé sur ce qui se passe en Espagne. Il semble toutefois que le choléra gagne le Sud de la péninsule, s'étend dans la province de Valence, sans trop remonter vers le Nord. On signale des cas suspects à Séville. L'épidémie n'aurait pas atteint Valence, mais existe actuellement, en outre des villes déjà mentionnées dans notre dernier numéro, à Mataro (Catalogne), à Réal, à Lugar Nuevo de Senollet, à Genovas, à Denia (Sud de Valence), à Moratella (Murcie), à Réal-Gandia, à Gandia, etc. D'un autre côté, on annonce qu'à Lisbonne il y a eu des cas de choléra, de même qu'à Vienne (Autriche) et Naples. En France, l'état sanitaire continue à être excellent et jusqu'ici on n'a signalé aucun cas de choléra bien démontré dans notre pays.

A Cuxac, près Narbonne, vieille femme morte en trois heures de cholérine avec refroidissement. Inhumation cinq heures après le décès, incinération de la literie, désinfection des selles par l'acide phénique, lavage de la chambre à la chaux. Ces précautions, prises spontanément et en quelques heures, par le médecin et le maire, montrent les progrès réalisés en hygiène publique.

Nous nous bornons (comme annexe à ajouter aux documents que nous avons déjà publiés) à rapporter ici un récent décret signé par M. Carnot.

Vu la loi du 3 mars 1822 sur la police sanitaire, et notamment l'article 14 ainsi conçu : « Sera puni d'un emprisonnement de trois à quinze jours et d'une amende de 5 à 50 fr. quiconque, sans avoir commis aucun délit qui viennent d'être spécifiés, aurait contrevenu, en matière sanitaire, aux règlements généraux ou locaux, aux ordres des autorités compétentes » ; Vu le décret du 18 juin 1890 prescrivant la déclaration au maire de tout voyageur venant d'Espagne ; Vu l'avis du comité de direction des services de l'hygiène, Décrète :

Art. 1er. — Toute personne venant d'Espagne et entrant en France ou en Algérie, soit par terre, soit par mer, est tenue de déclarer à la frontière, aux autorités chargées de recevoir cette déclaration, la commune de France dans laquelle elle se rend. Elle est, en outre, tenue de présenter au maire de cette commune, dans les 24 heures de son arrivée, le passeport sanitaire qui lui aura été remis à la frontière. A Paris, cette présentation du passeport sanitaire devra être faite à la préfecture de police ou aux mairies. Devront également être faites à la préfecture de police ou aux mairies les déclarations des personnes logeant chez elles, à Paris, des voyageurs venus d'Espagne, en exécution du décret du 18 juin 1890. Art 2. — Les infractions aux dispositions qui précèdent seront poursuivies conformément à la loi du 3 mars 1822. Art. 3. — Les autorités sanitaires, constituées en exécution de la loi du 3 mars 1822, antérieurement au présent décret, le gouverneur de l'Algérie, les préfets, les maires, les commissaires spéciaux des chemins de fer, les commissaires de police, les commissaires de surveillance administrative, les agents des douanes et généralement tous les agents de la force publique sont délégués, chacun dans les limites de sa circonscription, pour assurer l'exécution du présent décret qui sera publié au *Journal Officiel* et inséré au *Bulletin des Lois*.

Le Conseil d'Hygiène et de Salubrité de France a pris, en outre, dans sa séance de lundi dernier, des mesures de précautions nouvelles. Ainsi, à Paris, tout voyageur venant d'un pays contaminé sera tenu non seulement de faire sa déclaration, mais de recevoir la visite du médecin. Cette mesure, nouvelle seulement dans la forme, a été prise à la suite de ce fait : Un Espagnol, arrivé tout récemment à Paris, avait fait sa déclaration, conformément à la loi, mais avait refusé de recevoir le médecin que lui envoyait la préfecture de police, sous prétexte que la loi n'indiquait pas cette mesure en termes précis. Désormais toute équivoque sera impossible. D'autre part, les voyageurs munis d'un passeport sanitaire pour une destination déterminée d'après leurs propres déclarations et qui, pour des raisons de santé ou autres, croiront devoir s'arrêter dans une autre localité, seront obligés de faire *immédiatement* leur déclaration de présence. S'ils ne prennent pas cette précaution ou s'ils cherchent à s'y dérober, ils seront soumis aux peines prévues par la loi.

Un arrêté du gouverneur de l'Algérie impose aux prove-

© ANM

nances d'Espagne, des îles Baléares, du port de Melilla et des îles Zafarine une quarantaine de cinq jours dans les ports du département d'Oran et de quatre jours dans les ports des départements d'Alger et de Constantine. L'observation de cinq jours est portée à une quarantaine de dix jours dans les ports à lazarets de Smyrne, Beyrouth et Tripoli.

Voici quelques détails sur les mesures sanitaires qui sont prises à la frontière d'Espagne pour empêcher l'entrée de l'épidémie en France.

Les postes déjà installés sont au nombre de sept : deux de premier ordre, Cerbère et Hendaye, sur la voie ferrée, et cinq de second ordre, sur des voies carrossables. A Cerbère, depuis que le service sanitaire fonctionne, 1,223 voyageurs ont été examinés par le médecin de service ; un passeport a été remis à chacun d'eux et tout le linge sale dont ils étaient porteurs a été passé à l'étuve de désinfection. A Hendaye, les mesures sanitaires sont exécutées avec la plus grande rigueur. Le poste de Béhobie, contrairement à ce qu'on a dit, fonctionne très régulièrement. On visite tous les voyageurs, les habitants des villages voisins de la frontière, qui passent là tous les jours et sont connus des personnes du poste. M. Charrin a installé un poste à Fos (route d'Espagne à Toulouse). Les trois postes d'Ainhoué, d'Arneguy et de Port-Urdos sont créés depuis quelques jours, en raison de la foire de Pampelune qui s'ouvre le 7 juillet, foire très importante, fréquentée par des Espagnols de toutes les régions et par des Français des départements de la frontière.

Voici quelques renseignements sur le fonctionnement du service sanitaire à la frontière, du côté de Cerbère. Quatre trains arrivent d'Espagne tous les jours : les deux plus importants amènent des voyageurs de toute la péninsule ; les autres font le service de banlieue et ne transportent que des habitants des villes frontières. On fait la visite à l'arrivée des trains. Deux hommes et deux femmes sont chargés de retirer le linge sale des malles et de le passer dans l'étuve. L'étuve, du reste, fonctionne à merveille. A la fin de la visite, les visiteurs et visiteuses sont obligés de se laver les mains dans une solution antiseptique. Un pharmacien de Port-Vendres est chargé de préparer les solutions conformément aux instructions du Comité consultatif d'Hygiène. Une infirmerie est établie dans une maison en bois située au-dessus de la gare et dominant le village (1).

Un crédit de 100.000 francs va être déposé à la Chambre afin de subvenir aux frais d'organisation des postes sanitaires (2).

L'organisation des postes de surveillance et des étuves s'est faite très vite et le fonctionnement s'opère très facilement, grâce à l'activité et la compétence de MM. Charrin et Netter, qui ont trouvé le concours le plus empressé de la part de la Compagnie du Midi et de tous les fonctionnaires des diverses administrations.

Depuis qu'il est question du choléra, on lit dans les journaux politiques des notes plus ou moins exactes sur les communications qui ont eu lieu au Comité consultatif d'Hygiène et sur les discussions auxquelles elles donnent lieu. Il y a quelque temps, le bureau du Comité d'hygiène avait pris l'excellente habitude de publier dans le *Journal Officiel* une analyse sommaire des travaux de chaque séance. Ces comptes rendus ont été supprimés, bien à tort, suivant nous. Nous croyons que ces analyses devraient être reprises, surtout maintenant que nous sommes menacés d'une épidémie de choléra. M.B.

(1) On écrit de Bordeaux : Dès que la nouvelle se répandit que le choléra était en Espagne et qu'un service sanitaire allait être organisé à la frontière, l'Association des étudiants fit une demande auprès de M. Pitres, doyen de la Faculté de médecine, demandant pour les étudiants en médecine, membres de l'association, la faveur de partir les premiers pour combattre le fléau. Plusieurs étudiants, le président de l'association en tête, sont déjà à Hendaye. De nouvelles mesures de précaution viennent d'être ordonnées au lazaret de Trompeloup (Pauillac). Le directeur devra faire subir aux navires venant de la péninsule une quarantaine. Pendant ce temps-là, il examinera tous les passagers et délivrera à chacun un passeport sanitaire. De plus, il adressera au maire de la commune où se rend chaque passager un avis l'informant de l'arrivée du passager venant d'Espagne. Le maire fera visiter le voyageur par un médecin de la localité qui, pendant cinq jours, constatera journellement son état.

(2) La *Chronica medica* de Valence publie un long article intitulé : *El colera en la provincia de Valencia*, 20 juin 1890, n° 300, et signé Candela, prof. à l'Université.

L'eau à Paris. — Dérivation des sources de la Vigne et de Verneuil.

Mardi dernier 1er juillet, le Sénat a voté le projet de loi relatif à la dérivation et à l'adduction à Paris des eaux de la Vigne et de Verneuil appartenant à la Ville et si instamment désirées par la population parisienne.

Le *Progrès Médical* a tenu constamment ses lecteurs au courant de cette importante question qui, malgré l'excellent rapport du Dr Gadaud, n'a pu passer pendant la dernière législature.

Le 5 février dernier, un décret de M. le Président de la République désigna MM. Guillain, conseiller d'état, directeur des routes, de la navigation et des mines au ministère des Travaux publics et Alphand, directeur des travaux de Paris, pour assister M. Yves Guyot, ministre des travaux publics, devant la Chambre des députés et le Sénat pour la discussion du projet de loi relatif à la dérivation des sources de la Vigne et de Verneuil. Le projet de loi fut voté après une intéressante discussion, le 24 février dernier.

Le rapport présenté au Sénat est l'œuvre de M. le Pr Cornil, et grâce à lui encore cette fois, comme pour l'assainissement de la Seine et l'utilisation agricole des eaux d'égout, il a su capter la majorité de ses collègues en faveur du projet du gouvernement.

La discussion a été très courtoise mardi. M. le sénateur Milliard, dans un éloquent plaidoyer contre l'honorable rapporteur, a essayé de démontrer, au nom de la minorité de la Commission, les inconvénients nombreux résultant pour les populations riveraines des sources captées. Il se demande si, au point de vue du droit, on peut déclarer d'utilité publique une semblable captation, et, entrant dans une dissertation brève, mais très savante, il s'applique à démontrer que ces sources « situées dans une vallée très peuplée, très riante, très riche, très industrielle, constituent une des principales richesses de cette vallée » où, sur les bords de la rivière d'Avre, sur une longueur de 58 kilomètres, il y a 43 usines avec une population ouvrière de plus de 5,000 âmes qui, par le fait de cette dérivation et de la privation d'eau qui en sera la conséquence, est menacée à un triple point de vue, au point de vue de l'hygiène, de l'agriculture et de l'industrie. M. Milliard s'étend ensuite sur le volume immense d'eau qui sera enlevé chaque jour et qui non seulement dessèchera la Vigne, mais encore supprimera les 5 usines qui se trouvent sur son cours et occasionnera, dans la vallée de l'Avre, la fermeture d'autres établissements. Il propose au Sénat d'adopter le procédé de filtrage, en faisant, avec la Seine à Paris, ce qu'on fait avec la Tamise à Londres, avec la Sprée à Berlin, etc., ou répéter les expériences de M. Lefort à Nantes, où sont installés des puits épurateurs.

M. Milliard démontre même que chaque habitant de Paris pouvant aujourd'hui recevoir, rien qu'avec les eaux de la Vanne et de la Dhuys, 50 litres d'eau, cette quantité en eau de source est plus que suffisante. Il suffit, pour en doter chaque parisien, de faire dans Paris une double canalisation, l'une qui amènera l'eau de source et l'autre l'eau de Seine, et cite à ce sujet le rapport de M. Leclerc fait au Conseil municipal en 1887. Enfin, il arrive à une troisième proposition concluant à la captation des eaux de Cailly situées dans l'arrondissement de Louviers, ayant un débit de 155.000 mètres cubes par vingt-quatre heures, alors que l'Avre n'en donne à peine que 110.000, et n'étant éloignées de Paris que de 87 kilomètres, tandis que l'Avre en est distante de 102. M. Milliard termine en faisant un appel chaleureux en faveur des populations normandes et de leurs intérêts méconnus.

Après une courte interruption, M. le Pr Cornil prend la parole, et, avec son talent accoutumé, il passe brièvement en revue les trois propositions de M. Milliard. En ce qui concerne le procédé de filtration de l'eau de Seine, il ne l'admet que comme un pis aller et dit « qu'il est démontré et admis, par les représentants et les conseils les plus autorisés de l'hygiène, que l'on doit préférer l'eau de source à toute autre, parce qu'elle ne contient pas de principes nocifs. »

Quant à la proposition d'une double canalisation, M. Cornil, s'appuyant sur l'intéressant travail communiqué récemment à la Société de médecine publique par M. Bechmann, ingénieur

© ANM

en chef de la ville, démontre que le total des dépenses nécessaires à son installation serait de deux cent millions, et que cette dernière durerait au minimum quatre ou cinq ans. Le troisième moyen consistant dans l'adduction des eaux des sources de Cailly est également démontré par M. Cornil comme irréalisable. Les sources de Cailly n'étant qu'à 25 mètres d'altitude, sont au-dessous du niveau de la Seine. Il faudrait donc les élever à la cote de 100 ou 105 mètres et dépenser pour cela 22 millions de plus que pour amener les sources de la Vigne. De plus, la ville étant propriétaire des sources de la Vigne et de Verneuil, les travaux peuvent être immédiatement commencés, tandis que pour l'adduction des eaux de Cailly il faudrait faire de nouveaux projets, de nouvelles études, de nouvelles enquêtes qui pourraient durer quatre ou cinq ans, tandis que les travaux prévus dans le projet actuel ne dureraient que trois ans environ. Donc, au point de vue financier, comme l'a prouvé le mémoire de M. Alphand, l'adduction des sources de l'Avre est préférable (1).

M. Cornil cite ensuite l'objection faite sur le gaspillage de l'eau de source à Paris et démontre que cette quantité est absolument insuffisante. Il cite les cas nombreux de fièvre typhoïde et de maladies infectieuses éclatant à Paris dans tous les quartiers où l'eau de Seine est substituée l'été à l'eau de source, et, documents en mains, il fait constater la recrudescence de fièvre typhoïde dans tous les grands établissements, les casernes par exemple, quand l'eau n'est pas suffisamment bonne.

« Notre collègue, M. Milliard, dit M. Cornil, a mis en opposition l'intérêt public de la vallée de l'Avre et l'intérêt public représenté par la ville de Paris. Mais, Messieurs, je vous ferai remarquer que l'hygiène de la ville de Paris constitue un intérêt de premier ordre. Il y a ici, non pas seulement le Parlement, le Gouvernement et la tête de la France, il y a aussi l'élite des jeunes gens de tout notre pays, dans les lycées, dans les Facultés et dans tous les établissements d'instruction, dans tous les établissements industriels. Or, ce sont ces jeunes gens qui constituent précisément le terrain le plus propice au développement des maladies contagieuses; ils offrent à leur égard une vulnérabilité excessive. Aussi, lorsqu'on met en balance l'intérêt public de la vallée de l'Avre et l'intérêt public du département de la Seine, je crois, comme le disait tout à l'heure M. Milliard, que c'est placer le pot de terre contre le pot de fer. »

M. le Pr Cornil passe ensuite à diverses considérations de détail et proclame que le préjudice causé aux habitants de cette vallée ne sera pas si considérable qu'on essaie de le faire croire. Après l'adduction des eaux de la Vanne à Paris, il n'y a jamais eu de procès. Il n'y en aura pas non plus après celle des eaux de la vallée de l'Avre qu'on ne desséchera pas, les deux tiers ou même les trois quarts de cette eau restant aux habitants qui seront indemnisés ainsi que les industriels riverains du ru de la Vigne ou de l'Avre. Quant à l'hygiène des populations de l'Avre, lors de la discussion à la Chambre des députés, M. Alphand a pris les engagements les plus nets, et sur ce point, il n'y a rien à craindre. Le rapporteur demande donc l'adoption par le Sénat du projet qui lui est soumis.

Malgré les vives et éloquentes oppositions de MM. d'Osmoy, Vinet, Labiche et Voland, le Sénat adopte les articles du projet de loi.

Espérons que, maintenant que nous avons le vote définitif de cette loi si utile pour la population parisienne, les travaux vont bientôt commencer et que dans trois ans, grâce à l'activité de MM. Alphand, Bechmann et Humblot, la ville de Paris, pourvue abondamment d'eau de source, verra disparaître peu à peu nombre de maladies infectieuses et surtout la fièvre typhoïde qui, la statistique est là pour le prouver, font de si cruels ravages dans nos rangs lorsque l'eau de Seine impure est substituée aux eaux bienfaisantes de la Vanne et de la Dhuys.

A. ROUSSELET.

(1) Le réservoir d'arrivée, situé à Montretout, aura une capacité de 400,000 mètres cubes, pour parer aux oscillations de la consommation au moment des grandes chaleurs. Il sera creusé dans le sol et voûté, sa couverture sera chargée de terre et gazonnée pour le soustraire aux variations de la température. Deux conduites en fonte partiront de ce réservoir : l'une traversera la Seine par le bois de Boulogne et la porte d'Auteuil, et se dirigera vers le réservoir de Passy; l'autre suivra la rive gauche pour aboutir au réservoir de Montrouge.

Chacun de ces deux réservoirs aura un compartiment surhaussé qui permettra à l'eau de la Vigne d'atteindre les quartiers élevés où celle de la Vanne ne peut parvenir aujourd'hui, savoir : sur la rive gauche, les sommets de Montrouge, du Panthéon, de la Butte aux-Cailles; et sur la rive droite, les points culminants des seizième et dix-septième arrondissements. Le surplus de l'eau dérivée servira à fortifier, d'une manière générale, le service de la Dhuys et de la Vanne, avec lesquelles elle se mélangerait dans la canalisation.

Les condamnés à mort et la Faculté de médecine.

Le dernier condamné à mort vient encore de faire des siennes. Il a refusé d'aller, la tête coupée, à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine; et, ce qu'il y a de plus drôle, c'est que tout le monde trouve qu'il a bien fait : d'abord, les magistrats qui se sont empressés de se conformer à son désir, puis, la très grande majorité de la presse politique qui a applaudi, en voyant qu'on respectait si bien les dernières volontés de l'assassin. A notre avis, une telle manière de faire est absolument *scandaleuse*. Il n'y a pas de raison pour que les malades de nos hôpitaux ne formulent pas *tous* une demande analogue; et personne ne niera qu'il y a bien plus de raisons pour qu'on fasse ce plaisir plutôt à eux qu'à des assassins. Et alors, que deviendront les Ecoles de médecine, c'est-à-dire, en fin de compte, les malades! Nous le répétons, c'est scandaleux et indigne d'une société civilisée qui doit considérer la science comme une de ses bases les plus solides. Nous avions bien raison de répéter, il y a quelques semaines, que la Conférence des Avocats continue à nous jouer de bien vilains tours. Mais pour nous, tant que la peine de mort existera, les condamnés à mort devront servir à l'instruction des futurs médecins et à l'avancement de la science. C'est bien le moins qu'ils servent à quelque chose après leur mort, ces malheureux qui ont été si nuisibles pendant leur vie. Il faut briser des vitres pour se faire entendre; brisons-les donc sans crainte et crions bien haut : « Malades de nos hôpitaux, qui sous peu allez être conduits à Clamart (ne vous plaignez pas : tout doit mourir ici-bas !), levez-vous en masse et, si vous pouvez encore marcher, allez au Palais de justice et réclamez un enterrement de première classe. MM. les magistrats sont si bons! Ils vous l'accorderont, le cœur gai, car, somme toute, ils vous préfèrent encore aux Pranzini, aux Eyraud, qui leur donnent tant de mal! Dès lors la Faculté n'aura plus qu'à fermer ses portes; et, ajouterait un journaliste de la grande presse..... vous serez guéris. »

Bornons-nous à ajouter que certainement M. le Ministre n'a pas compris la gravité de l'autorisation accordée dans pareille circonstance. C'est, à n'en pas douter, la ruine des études anatomiques qu'il organise en encourageant chez les magistrats une crainte aussi ridicule de l'amphithéâtre de l'Ecole pratique.

M. B.

La reconstitution des Universités françaises.

M. le Dr A. Gautier, membre de l'Académie des sciences et professeur à l'Ecole de médecine, vient de publier dans la *Revue générale des sciences pures et appliquées* un article fort intéressant sur la reconstitution des Universités françaises. Nous engageons vivement ceux de nos lecteurs qui s'intéressent aux questions d'enseignement supérieur, qui aiment la science et qui ont pour mot de ralliement la belle devise de l'Association française pour l'avancement des sciences, de méditer cet article. Le *Progrès médical*, qui, dans la presse médicale, a toujours tenu à défendre *unguibus et rostris* les droits de la haute culture intellectuelle, voit avec plaisir ses avertissements écoutés par le public compétent. Un des premiers, on se le rappelle, à la nouvelle des tentatives de réforme d'un homme dont le libéralisme est aussi indiscutable que le mérite, il a cru devoir élever la voix pour montrer que la Science allait être en danger si on s'engageait à fond dans le chemin qu'on commençait à tracer. Un des premiers il a montré comment il comprenait l'organisation et l'autonomie des Universités. M. le Dr Gautier développe aujourd'hui ces idées avec une grande largeur de vues; il plaide avec une émotion réelle et une conviction digne des plus grands éloges en faveur de la véritable indépendance scientifique; il tonne contre toute notre bureau-

© ANM

cratie issue du césarisme, contre cette manie bien française d'introduire en toutes choses les rouages administratifs prétendus les plus perfectionnés. Nous ne pouvions donc laisser passer sans le saluer au passage le plaidoyer *pro domo sua* du savant chimiste de la Faculté et regrettons vivement de ne pouvoir le résumer ici. M. B.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 7. — 1er *de Doctorat* (1re *Série*): MM. Baillon, Lutz, Weiss.—(2e *Série*) : MM. Gautier, Bianchard, Villejean. —(3e *Série*): MM. Gariel, Hanriot, Fauconnier. — 2e définitif d'Officiat : MM. Potain, Lannelongue, A. Robin. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Marc Sée, Retterer, Ricard.—(2e partie) : MM. Ch. Richet, Rendu, Déjerine. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) (1re *Série*): MM. Guyon, Delens, Ribemont-Dessaignes. — (2e *Série*) : MM. Pinard, Segond, Reynier. — (2e partie) : MM. Straus, Brissaud, Letulle.

MARDI 8. — 1er *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Bourgoin, Lutz, Weiss. — (2e *Série*) : MM. Gautier, Hanriot, Fauconnier. — (3e *Série*) : MM. Gariel, Villejean, Blanchard. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Mathias-Duval, Campenon, Gley. — (2e *Série*) : MM. Cornil, Quénu, Remy. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) MM. Panas, Nélaton, Bar.—4e de *Doctorat* : MM. Proust, Debove, Gilbert. — 5e de *Doctorat* (1re partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Le Fort, Tarnier, Schwartz. —(2e *Série*): MM. Duplay, Polaillon, Maygrier. —(2e partie) : MM. Laboulbène, Hanot, Quinquaud.

MERCREDI 9. — 1er *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Regnauld, Bourgoin, Weiss. — (2e *Série*) : MM. Baillon, Lutz, Villejean. — (3e *Série*) : MM. Gariel, Blanchard, Pouchet. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Segond, Poirier, Retterer. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie): MM. Pinard, Delens, Ricard. — (2e partie) : MM. Fournier, Chantemesse, Letulle. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Lannelongue, Kirmisson, Ribemont-Dessaignes. — (2e partie) (1re *Série*) : MM. Straus, Rendu, Brissaud.— (2e *Série*) : MM. Hayem, A. Robin, Déjerine.

JEUDI 10. — 1er *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Gautier, Villejean, Weiss.—(2e *Série*) : MM. Lutz, Blanchard, Pouchet. —(3e *Série*) : MM. Bourgoin, Hanriot, Fauconnier. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) MM. Cornil, Polaillon, Gley. —(2e *Série*) : MM. Ball, Mathias-Duval, Poirier.—(2e partie) : MM. Laboulbène, Lutz, Weiss. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Tarnier, Schwartz, Quénu.

VENDREDI 11. — 1er *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Regnauld, Blanchard, Fauconnier. —(2e *Série*): MM. Gariel, Hanriot, Villejean. — (3e *Série*) : MM. Lutz, Bourgoin, Weiss. —2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Fournier, Ricard, Tuffier. — (2e partie) : MM. Ch. Richet, Reynier, Retterer. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Lannelongue, Ribemont-Dessaignes, Poirier. —5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Pinard, Marc Sée, Delens. — (2e partie) (1re *Série*) : MM. Cornil, Straus, A. Robin.—(2e *Série*) : MM. Potain, Rendu, Chantemesse.

SAMEDI 12. — 1er *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Gautier, Pouchet, Blanchard. — (2e *Série*) : MM. Baillon, Weiss, Fauconnier. — (3e *Série*) : MM. Gariel, Lutz, Villejean. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Remy, Poirier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Campenon, Maygrier, Quenu. — (2e *Série*) : MM. Tarnier, Polaillon, Schwartz. — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Hutinel, Hanot. — 4e *de Doctorat* : MM. Laboulbène, Duguet, Gilbert. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Panas, Brun, Bar. — (2e partie) : MM. Peter, Proust, Ballet.

Thèses de la Faculté de Médecine.

MERCREDI 9. — M. A. Lazard. La rubéole en 1890. — M. Roux. Expériences sur l'élimination des iodures et de quelques médicaments par l'urine.

JEUDI 10. — Mlle Lichtermann (Sophie). De la forme ascitique de la péritonite tuberculeuse. — Mlle Dylion (Cécile). Contribution à l'étude des kystes hydatiques de la portion antéro-postérieure du foie. — M. Ballenghien. La fracture des os du tarse. — M. Gigon. De la suture osseuse dans le traitement des fractures de l'olécrâne. — M. Amorin. De la restauration des paupières par la greffe cutanée. — M. Enon. Le sulfonal. Son action dans l'épilepsie. — M. Mounier. Des troubles gastriques dans la neurasthénie. — M. Blanc-Champagnac. Etude pathogénique et thérapeutique sur la dilatation de l'estomac et sur son influence dans la neurasthénie. (Déséquilibrés du ventre). — M. Dietz. Etude clinique et expérimentale sur la suture de la vessie après la taille hypogastrique. — M. Hervé. Rupture des tendons sus et sous-rotuliens. Traitement par la suture.

NÉCROLOGIE.

M. A. GOUBAUX (d'Alfort).

Mardi dernier, M. le Président de l'Académie de médecine annonçait en séance la mort de M. Arm. GOUBAUX, ancien directeur de l'Ecole vétérinaire d'Alfort, membre de l'Académie de médecine (section de médecine vétérinaire), décédé à l'âge de 70 ans.

Ancien élève des plus distingués de l'Ecole d'Alfort, M. Goubaux fut nommé le 15 décembre 1841 chef de service à cette Ecole et attaché à la chaire d'anatomie et d'extérieur des animaux domestiques. Le 16 octobre 1846 il devenait, après concours, professeur à cette même chaire. Membre d'un grand nombre de sociétés vétérinaires, de la *Soc. anat.*, de la *Soc. de Biol. de Paris* et de plusieurs Sociétés savantes, Goubaux est l'auteur d'un grand nombre de travaux spéciaux fort appréciés. Voici les principaux parmi ceux qui peuvent intéresser les médecins :

Expériences sur les injections de perchlorure de fer dans les artères (Acad. des Sc., 1854).— *Mémoire sur la Cryptorchidie chez l'homme et les principaux animaux domestiques*, en collaboration avec Follin (prix de l'Acad. des Sc., 1856), in *Mém. de la Soc. de Biol.*, 1856. — *Torsion du vagin et de l'utérus chez les femelles de l'espèce bovine.* (Soc. centr. d'Agr. de Fr., 1859). — *Recherches expérimentales sur les embolies du système vasculaire du poumon*, en collaboration avec M. Colin (Acad. de méd., 1863). — *Etudes sur le trou de Botal chez les animaux domestiques* (Acad. des Sc., 1869). — *Mémoire sur l'anatomie des cavités nasales et des sinus du cheval* (Soc. de Biol., 1854). — *De la pentadactylie chez les animaux domestiques.* — *Des hernies chez les animaux.* — *Expériences sur les hémorrhagies ;* — *Etudes expérimentales sur la castration*, etc., etc. — A signaler aussi de nombreux mémoires sur la tératologie vétérinaire (Genres notomèle, pygomèle, mélomèle, desmiognathe, célosome, ectromèle, opodyme, dérodymo-doradelphe, etc.. etc.).

La plupart des travaux de Goubaux dans le domaine de la médecine vétérinaire ont paru dans la *Revue de médecine vétérinaire* ou dans le *Bulletin de la Société vétérinaire*. M. B.

FORMULES

I. — Thiol en dermatologie.

I. — E. Schwimmer (*Ther. Monatsh.*, avril 1890, p. 179) recommande vivement le *Thiol*. Ce dernier est supérieur à l'ichthyol en ce qu'il est inodore et qu'il s'enlève facilement de la peau et du linge par le lavage à l'eau simple. Il se sert, dans la plupart des cas, de la solution aqueuse suivante :

Thiol	0 grammes.
Eau distillée	30 —

Badigeonner deux fois par jour les parties affectées.

Une fois (eczéma rouge) il a prescrit l'onguent suivant :

Thiol liquide	2 grammes.
Axonge.	20 —

Frictionner deux fois par jour les parties affectées. (*Nouv. Rem.*).

II. — Traitement des verrues (Kaposi).

Bichlorure de mercure.	1 partie,
Collodion élastique.	30 parties.

Badigeonner avec une brosse, une fois par jour, la verrue et tout autour de sa base. (*Journ. of the am. med. Associat.*, 12 avril 1890, p. 551).

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 22 juin 1890 au samedi 28 juin 1890, les naissances ont été au nombre de 1088 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 424 ; illégitimes, 147. Total, 571. — *Sexe féminin :* légitimes, 388 ; illégitimes, 129. Total, 517.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 22 juin 1890 au samedi 28 juin 1890, les décès ont été au

© ANM

nombre de 865 savoir : 449 hommes et 416 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 4, F. 5, T. 9. — Variole : M. 1, F. 0, T. 1. — Rougeole : M. 34, F. 27, T. 61. — Scarlatine : M. 4, F. 8, T. 12. — Coqueluche : M. 6, F. 7, T. 13. — Diphthérie, Croup : M. 29 F. 13, T. 42. — Choléra : M. 00, F. 00, T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 77, F. 72, T. 149. — Autres tuberculoses : M. 21, F. 8, T. 29 — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 2, T. 2. — Tumeurs malignes : M. 21, F. 27, T. 48. — Méningite simple : M. 22, F. 18, T. 40. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 13, F. 22, T. 35. — Paralysie : M. 2, F. 7, T. 9. — Ramollissement cérébral : M. 5, F. 2, T. 7. — Maladies organiques du cœur : M. 19, F. 25, T. 44. — Bronchite aiguë : M. 6, F. 8, T. 14. — Bronchite chronique : M. 13, F. 15, T. 28. — Broncho-Pneumonie : M. 10, F. 9, T. 19. — Pneumonie : M. 18, F. 18, T. 36. — Gastro-entérite, biberon, M. 26, F. 20, T. 46. — Gastro-entérite, sein : M. 9, F. 4, T. 13. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 2, T. 3. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 8, T. 8 — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Débilité congénitale : M. 15, F. 9, T. 24. — Sénilité : M. 3, F. 12, T. 15. — Suicides : M. 10, F. 3, T. 13. — Autres morts violentes : M. 9. F. 0, T. 9. — Autres causes de mort : M. 75, F. 62, T. 137. — Causes restées inconnues : M. 5, F. 1, T. 6.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 84, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 31, illégitimes, 16. Total : 47. — *Sexe féminin :* légitimes, 26 ; illégitimes, 11. Total : 37.

Faculté de médecine de Paris. — *Concours du clinicat médical et des maladies des enfants.* — Les juges étaient : MM. Jaccoud, Bouchard, Dieulafoy, Debove, Grancher. Les candidats étaient : MM. Ménétrier et Belin pour le clinicat médical ; et MM. Louis Guinon et Martin de Gimard, pour le clinicat des enfants. *Clinicat obstétrical.* — Le concours du clinicat obstétrical a eu lieu la semaine dernière. Juges : MM. Le Fort, Guyon, Tarnier, Lannelongue, Pinard. Candidats : MM. Demelin, Lepage, Potoki, Varnier.

Les concours de clinicat se sont terminés cette semaine. Ont été nommés : *Chef de clinique médicale*, M. Ménétrier. — *Chef de clinique des maladies des enfants*, M. Martin de Gimard ; — *Chef adjoint*, M. Louis Guinon. — *Chef de clinique obstétricale*, M. Potoki.

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux. — M. Barret de Nazaris, bachelier ès lettres, bachelier ès sciences, est délégué, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1889-1890, dans les fonctions de préparateur du laboratoire d'anatomie pathologique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, en remplacement de M. Suzanne, démissionnaire.

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon. — M. Magon (Lucien-Antoine-Sévère), docteur en médecine, chef des travaux de zoologie et de botanique à la Faculté des sciences de Besançon, suppléant d'histoire naturelle à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de cette ville, est chargé des fonctions de préparateur au laboratoire de physiologie générale à l'Ecole pratique des Hautes-Etudes.

Faculté de médecine et de pharmacie de Lille. — M. Guibert (Charles-Adolphe), délégué dans les fonctions d'aide-préparateur d'anatomie pathologique, à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé titulaire du dit emploi, à partir du 1er novembre 1890.

Hôpitaux de Paris. — *Distribution de prix aux sages-femmes.* — La distribution annuelle des prix aux élèves sages-femmes de la Maternité, boulevard de Port-Royal, a eu lieu la semaine dernière, sous la présidence de M. Peyron, directeur de l'Assistance publique. Une médaille d'or a été décernée à Mlle Pariselle (Hélène-Marie-Jeanne) et 2 médailles d'argent à Mlles Lefièvre et Ruffin.

Universités étrangères. — *Faculté de médecine de Breslau.* — M. le Dr Mickulicz est nommé professeur de chirurgie. — *Faculté de Vienne.* — M. le Dr E. von Braun est nommé privat-docent d'obstétrique et de gynécologie.

La Faculté de médecine de Marseille. — En ce qui concerne l'enseignement technique, le Ministre de l'Instruction publique a entretenu, cette semaine, le Conseil des ministres de la création d'une Faculté de médecine à Marseille. Aucune décision n'a été prise.

Asiles d'aliénés. — *Concours de médecins adjoints.* — Un concours pour l'admissibilité aux emplois de médecins adjoints des asiles publics d'aliénés aura lieu à Paris, à Lille, à Nancy, à Bordeaux, à Montpellier, dans les derniers jours du mois d'octobre ou dans le courant du mois de novembre prochain. Un concours sera organisé également à Lyon si, avant cette époque, il s'est produit, dans un des asiles publics d'aliénés de la région, une vacance qui permettra de pourvoir un des deux candidats déclarés admissibles à la suite du concours du mois de décembre 1888. Un avis ultérieur, publié au *Journal Officiel* et dans le recueil des actes administratifs de la préfecture du chef-lieu de chaque région, fera connaître la date exacte d'ouverture de chacun des concours ainsi que celle à laquelle devront être parvenues au ministère de l'Intérieur les demandes des candidats qui sollicitent l'autorisation de concourir.

Faculté de Médecine de Paris. — Jeudi dernier ont eu lieu les votes de la Faculté pour la présentation de 2 candidats aux chaires vacantes de médecine opératoire et de clinique chirurgicale. — *Chaire de médecine opératoire.* Candidatures : MM. Tillaux, Berger, Monod, Terrillon. 1re place : M. Tillaux (29 voix sur 30 votants) ; 2e place : M. Berger (30 sur 30) ; 3e place : M. Monod, 18, M. Terrillon, 12. — *Chaire de clinique chirurgicale :* 1re place : M. Le Dentu, 22 voix ; M. Terrier, 8 voix, sur 30 votants ; 2e place : M. Terrier (30 sur 30) ; 3e place : M. Nicais (30 sur 30).

Assistance privée a Paris. — Un décret approuve les legs suivants faits par feu M. A. M... : 1° 3,000 francs au comité de bienfaisance israélite de Paris ; 2° 10,000 francs à la maison de retraite des femmes juives âgées ; 3° 3,000 francs à l'hôpital Rothschild ; 4° 3.000 francs au bureau de bienfaisance du 9e arrondissement.

Congrès et réunions scientifiques de l'été de 1890. — 7e Congrès international de médecine de Berlin, le 7 août. Congrès de l'Association britannique. — Congrès (58e réunion) de l'Association médicale britannique, à Birmingham, du 29 juillet au 1er août, sous la présidence du Dr Francis Wade Willoughby. — Réunion du Club alpin français (excursion dans les gorges du Tarn), vers la fin d'août. — Société helvétique des sciences naturelles, réunion annuelle à Davos, du 17 au 20 août. — Congrès international des Américanistes, à Paris, 184, boulevard Saint-Germain, sous la présidence de M. de Quatrefages, du 14 au 18 octobre.

Dons. — *Legs Silva.* — La *Société Chimique de Paris*, reconnue comme établissement d'utilité publique par décret en date du 27 décembre 1864, est autorisée à accepter, aux clauses et charges imposées, le legs que lui a fait le sieur Roberto Driarte Silva, par testament olographe, en date du 22 août 1884. Le produit des valeurs mobilières comprises dans cette libéralité sera placé en rente 3 0/0 et le montant en sera porté au capital de l'Association.

Distinctions honorifiques. — M. le Dr Rontin (Mézin) est nommé *chevalier de la Légion d'honneur.* — M. le Dr Friot (de Nancy) a été nommé *officier d'Académie.*

Hôpitaux de Rouen. — M. Dérivaux vient d'être nommé pharmacien des hôpitaux.

Hygiène publique. — *Précautions prises contre le Choléra.* — Le ministre de l'intérieur a fait savoir qu'après avis du conseil supérieur d'hygiène le gouverneur général de l'Algérie avait interdit le pèlerinage de la Mecque. Le ministre des affaires étrangères a fait prononcer la même interdiction pour ce qui concerne la Tunisie.

Internat en pharmacie. — Une pétition des étudiants en pharmacie de Bordeaux demande l'organisation, à Bordeaux, d'un internat en pharmacie. La Faculté est absolument favorable à ce projet et elle désire qu'il trouve bon accueil dans le conseil d'administration des hospices.

Loi sur l'exercice de la médecine. — Le ministre de l'instruction publique vient de soumettre le nouveau projet de loi à la commission de l'exercice de la médecine. Ce projet supprime, on le sait, les officiers de santé, mais il assure le recrutement du corps médical en France par le fonctionnement régulier des écoles préparatoires, des écoles de plein exercice et des Facultés.

M. Bourgeois crée à cet effet un jury spécial et unique qui se déplacera et fera subir, dans tous ces établissements, les différents examens spécifiés par la loi. Il y aura aussi une distinction très nette entre les deux catégories de professeurs : les professeurs enseignants, qu'on peut appeler les professeurs debout, et les examinateurs ou les professeurs assis. Les résultats de cette réglementation seront : d'abord, de permettre à toutes les catégories de jeunes gens de suivre les cours de médecine sans déplacements considérables, ou du moins avec des déplacements successifs et échelonnés scientifiquement ; d'autre part, il n'y aura plus de différence entre les élèves des diverses Facultés, tous les docteurs étant reçus par le même jury dans toute la France. En ce qui concerne les médecins étrangers, le projet établit une distinction entre ceux qui voudront exercer en France et ceux qui veulent seulement suivre les cours de nos Facultés. Les premiers seront astreints à tous les examens que doit subir un élève français ; les seconds recevront, à la fin de leurs études, un diplôme constatant seulement qu'ils ont suivi avec succès les cours des Facultés.

© ANM

Loi sur l'exercice de la Pharmacie. — La commission qui s'occupe des questions se rapportant à l'exercice de la pharmacie a repoussé une proposition de M. Ricard qui tendait à régler, par une loi spéciale, la préparation, le dépôt et la délivrance des médicaments dans les dispensaires, les hospices et autres établissements de l'Assistance publique. Elle s'est bornée à compléter son projet par la disposition suivante : Tout pharmacien devra délivrer, pour le compte de l'Assistance publique et autres établissements hospitaliers, les médicaments nécessaires aux indigents. Le prix et les conditions de cette délivrance seront fixés pour chaque département par règlement d'administration publique.

Muséum d'histoire naturelle de Paris. — *Excursion géologique.* — M. Stanislas Meunier, docteur ès sciences, aide-naturaliste au Muséum d'Histoire naturelle, fera une excursion géologique publique, le dimanche 6 juillet 1890, aux Gisements fossilifères de Chaillevois-Urcel et Mons-en-Laonnois. Il suffit pour prendre part à l'excursion de se trouver au rendez-vous : gare du Nord, où l'on prendra à 8 h. 40 minutes du matin le train pour Anizy. On sera rentré à Paris à 9 h. 20 minutes du soir. — *Nota* : Pour profiter de la réduction de 50 0/0 accordée par le Chemin de fer, il est indispensable de verser le montant de la demi-place au Laboratoire de Géologie (Galerie de Géologie), avant samedi à 4 heures.

Sociétés savantes. — M. Deniker, docteur ès sciences, bibliothécaire du Muséum d'histoire naturelle, est chargé de publier, sous les auspices du ministère de l'instruction publique, la bibliographie des Sociétés savantes exclusivement scientifiques. M. Alph. Milne-Edwards, de l'Institut, vice-président de la section des sciences du Comité des travaux historiques et scientifiques, surveillera la dite publication en qualité de commissaire responsable.

Université de Nancy. — *Remise officielle du drapeau aux Etudiants.* — Les ministres qui se sont rendus à Nancy pour assister aux fêtes de Jeanne Darc ont fait, samedi dernier, avec solennité, à l'Académie, la remise du drapeau aux étudiants de Nancy. M. Gavet, professeur, a montré combien les intérêts de Nancy seraient sacrifiés si une Université n'était pas fondée dans cette ville. M. Stock, président de l'Association des étudiants de Nancy, a invité le ministre à faire réaliser ce vœu. M. Barbey, ministre de la marine, a assuré les étudiants qu'ils avaient toutes les sympathies du gouvernement; il fera tout ce qu'il pourra dans les conseils du gouvernement pour gagner la cause de « l'Université de Nancy, débris des Facultés de Strasbourg, nom qui rappelle de si poignants et si douloureux souvenirs ». Les étudiants ont acclamé le ministre qui leur a remis le drapeau au cri de : « Vive la patrie! — Vive la République! » Les ministres sont allés ensuite visiter l'institut de chimie. Fêtes multipliées et discours nombreux.

Universités. — *Dons.* — Un riche Américain, qui vient de mourir, a laissé à une vingtaine d'établissements hospitaliers une somme qui se monte à 2,275,000 francs. M. Pepper — c'est son nom — a encore laissé 300,000 francs à l'Université de Pensylvanie pour l'établissement d'une nouvelle chaire.

Nécrologie. — M. le Dr Hornemann, professeur à l'Université de Copenhague. — M. le Dr Fèvre (de Paris).

VIENT DE PARAITRE

HISTOIRE DE BICÊTRE

(HOSPICE — PRISON — ASILE)

D'après des documents historiques, un beau volume in-4° carré de 482 pages avec de nombreuses gravures.
Dessins, fac-similé, plans dans le texte. — Pièces justificatives.

Par **Paul BRU**

Préface de M. le Docteur BOURNEVILLE
Médecin de Bicêtre, Rédacteur en chef du *Progrès médical*.

Un beau volume in-4° de 482 pages. — Prix : **15** francs ; pour nos abonnés, prix : **10** francs.

Phthisie, Bronchites chroniques. — Emulsion Marchais.

Phthisie. Vin de Bayard à la peptone phosphatée, le plus puissant reconstituant de la thérapeutique. Une à deux cuillerées par repas.

Dyspepsie. Anorexie. — Ces états pathologiques si fréquents et qui compromettent si gravement la nutrition, sont rapidement modifiés par l'Elixir et pilules Grez Chlorhydro-pepsiques (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.

Dyspepsie. — Vin de Chassaing. — *Pepsine.* — *Diastase.*

Albuminate de fer soluble (Liqueur de Laprade) le plus assimilable des ferrugineux (Pr Gubler). Une cuillerée à chaque repas. Chlorose et troubles de la menstruation, c'est le fer gynécologique par excellence.

Vaccin de Génisse pour 5 personnes, 75 c. — Pour 20 personnes, 1 fr. 50. — Echantillons gratuits. Dr Chaumier, à Tours.

Précieuse. Source de **VALS**, très efficace contre les affections du **Foie** et de la **Vessie**. (Calculs, Gravelle, Diabète, Goutte, etc.) *Prescrite par les Médecins des Hôpitaux de Paris.*

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Lourcine-Pascal (111, rue de Lourcine.) — *Conférences cliniques de Gynécologie.* — M. le Dr S. Pozzi : conférences cliniques le lundi 16 juin, à 9 h. 1/2 du matin. Opérations le mercredi.

Hôpital Saint-Louis. — *Maladies contagieuses du cuir chevelu.* — M. le Dr Quinquaud : conférences sur les maladies contagieuses du cuir chevelu, le mardi à heures. — *Clinique dermatologique et syphiligraphique.* — M. Hallopeau, samedi à 10 h.

Hôpital Cochin. — M. le Dr Dujardin-Beaumetz, clinique thérapeutique, le mercredi, à 9 h. 1/2. Le lundi, conférence de thérapeutique et de bactériologie, par MM. les Drs Bardet et Dubief, chefs de laboratoire. Le vendredi, conférence clinique par MM. de Grandmaison et Mallet, internes du service.

Hospice de la Salpêtrière. — *Leçons de Clinique chirurgicale.* — M. le Dr Terrillon : mercredi, à 10 heures. Visite des malades à 9 heures du matin. Opérations le mardi et le samedi. — Le Dr Auguste Voisin. Conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, le dimanche, à 10 heures du matin.

Hôpital du Midi. — *Clinique syphiligraphique.* — M. le Dr Charles Mauriac, le samedi à 9 h. 1/2 du matin.

Hospice de Bicêtre. — Visite de la section des enfants idiots et épileptiques (service de M. le Dr Bourneville), le samedi, à 9 heures.

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 a cessé 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 à partir du **25 juillet**, *augmentée de* un franc *pour frais de recouvrement. Nous les engageons donc à nous envoyer 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.

AVIS A MM. LES AUTEURS ET ÉDITEURS

Le PROGRÈS MÉDICAL rappelle à MM. les Auteurs et Editeurs que les ouvrages dont il sera reçu deux exemplaires seront annoncés au Bulletin Bibliographique et analysés ; ceux dont il ne sera reçu qu'un exemplaire seront simplement annoncés.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

PARIS — IMP V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

© ANM

18e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XII. N° 28. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 12 JUILLET 1890.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MENTALE

ASILE CLINIQUE (SAINTE-ANNE). — M. MAGNAN

Période ambitieuse. — Période de démence.

(*Suite*) (1).

Leçons recueillies et publiées par MM. les Drs JOURNIAC et SÉRIEUX, médecins adjoints des Asiles d'aliénés.

SIXIÈME LEÇON.

SOMMAIRE. — Période ambitieuse (Foville, Magnan, Garnier). Son mécanisme : 1° par déduction logique ; 2° par hallucination ; 3° spontanément.

Observation VIII. — Période ambitieuse remontant à dix ans.

Observations IX et X. — Période ambitieuse consécutive à des hallucinations de l'ouie. Dédoublement de la personnalité. Couleur du délire suivant le milieu social et l'éducation. Délire du moyen âge (possession démoniaque, théomanie). Délire moderne (électricité, hypnotisme, téléphone, microbes, roi, empereur). Coexistence possible de ces deux aspects du délire chronique.

Observation XI. — Combinaison du délire ancien et du délire moderne à la période de persécution et à la période ambitieuse.

Importance de l'évolution de la maladie ; avec la transformation du délire, la clinique repousse comme espèces pathologiques les monomanies basées sur les symptômes. Période de démence.

Observation XII. — Période ambitieuse consécutive à des hallucinations de l'ouie. Marche vers la démence.

Observation XIII. — Tendance à la démence.

I. *Période ambitieuse.* — A mesure que la maladie progresse et au bout d'un temps variable, suivant chaque individu, il se fait une transformation singulière du délire ; aux idées de persécution succèdent des idées de grandeur. Le persécuté, le paria, le poursuivi devient un homme puissant, illustre, le chef de l'Etat. Foville a bien indiqué cette transformation, je l'ai également signalée en 1877 (2), et M. Paul Garnier a fait de ce sujet l'objet de son excellente thèse (3).

Ce passage des idées de persécution aux idées ambitieuses se fait, comme le dit Foville, tantôt : 1° par déduction logique, les persécutés se disent qu'ils doivent être de grands personnages, pour que, pendant de longues années, on se soit donné la peine de les tourmenter, de les torturer, pour qu'ils aient inspiré tant d'envie et de jalousie ; ils se découvrent alors une origine nouvelle ; les familles dont ils portent le nom ne sont plus que des familles d'adoption ; en réalité, ils descendent de princes, de rois, de grands souverains. La transformation de leur personnalité est de plus en plus un fait accompli. 2° D'autres fois, c'est une hallucination qui fait naître d'emblée l'idée ambitieuse. 3° Le passage des idées de persécution aux idées ambitieuses peut se faire enfin spontanément, sans qu'on puisse saisir comme cause déterminante, soit le raisonnement, soit une hallucination. Du jour au lendemain, le persécuté est devenu ambitieux ; quelquefois, cependant, c'est un mot qu'il a entendu, un article de journal qu'il vient de lire, mais parfois rien n'explique l'apparition de l'idée ambitieuse. Du reste, Messieurs, on peut faire, à propos des idées ambitieuses dans la folie, cette remarque générale que les conceptions ambitieuses ne se montrent guère que chez les individus dont l'intelligence est originellement tarée, comme chez les héréditaires dégénérés, ou bien chez les sujets dont l'intelligence baisse par les progrès de la maladie : telle est la paralysie générale, l'alcoolisme chronique, la folie intermittente dans laquelle les idées ambitieuses marquent les périodes ultimes, enfin le délire chronique à la troisième période.

C'est donc en général un symptôme de mauvais augure et il est curieux de noter que ce délire des grandeurs s'empare de l'intelligence juste au moment où elle commence à perdre son intégrité. A mesure que le délire progresse et se systématise, il se circonscrit, le malade ne trouvant pas dans le langage courant des expressions qui puissent bien rendre ce qu'il éprouve, crée de toutes pièces des mots nouveaux et se fait ainsi un vocabulaire spécial composé de néologismes. L'idée délirante est alors émise toujours de la même manière et comme stéréotypée. Quelquefois, les malades adoptent certains gestes, certains mouvements répondant à des idées fixes et ils restent invariables.

Nous avons déjà examiné précédemment un malade qui est un exemple de l'évolution progressive du délire chronique. Après avoir passé par une période d'incubation très nette, puis par une période de persécution caractéristique, il se trouve actuellement en pleine période ambitieuse (V. obs. Cal.). L'observation suivante résumée nous montre une délirante chronique chez laquelle la maladie a débuté il y a vingt ans. Après avoir traversé la période d'incubation et la période de persécution, elle est entrée depuis dix ans dans la troisième période ; elle s'explique les poursuites dont elle a été l'objet : elle a un héritage de 30 millions, etc.

OBS. VIII. — Jeanne Lec..., âgée de 64 ans. — Sa mère est morte paralysée du côté droit. Il y a une vingtaine d'années qu'elle s'est aperçue qu'on était jalouse d'elle, on faisait des bavardages sur son compte. Mais c'est surtout depuis son arrivée à Paris, il y a 12 ans, qu'un curé, M. C..., avec ses jésuites, des hommes, des femmes et des enfants des deux sexes l'insultent dans la rue et partout. Dans ses prédications à l'église, il y a dix ans, ce curé faisait des allusions à sa personne et la poussait à se livrer à lui ; il donnait à entendre qu'elle était belle femme, bien conservée, et qu'il l'accueillerait volontiers chez lui. Elle proteste de la régularité de sa conduite, elle n'a jamais eu de relations, dit-elle, ni avec lui ni avec d'autres. Elle a connu plus tard les mobiles des poursuites de ce curé. Il veut la déposséder, dit-elle, d'un héritage de 30 millions qui comprend un palais sur le canal de Venise. Il voulait aussi faire d'elle un grand personnage pour s'en servir à son profit. Il a commencé par empoisonner sa mère, puis ses cousins et ses cousines, et enfin, ne pouvant venir à bout d'elle, il l'a fait enfermer dans un asile. Il jouit du revenu des 30 millions et, non content de la dépouiller, il la fait surveiller et ne lui ménage pas les vexations. Il vient parfois l'insulter du côté d'une fenêtre, d'où il l'appelle en se moquant d'elle et en lui donnant toutes sortes d'épithètes malsonnantes. Du reste, ajoute-t-elle, la conduite de ce curé est scandaleuse, il entretient des relations avec les religieuses de Saint-Vincent de Paul. Quant à elle, elle ne cèdera pas, elle est dans son droit ;

(1) Voir *Progrès médical*, nos 22, 36, 37 49, et 50, 1889, et nos 7 et 22, 1890.

(2) V. Magnan. — *Gazette médicale de Paris*, oct., nov. 1877.

(3) Paul Garnier. — *Des idées de grandeur dans le délire des persécutions*. Thèse, Paris 1877.

© ANM

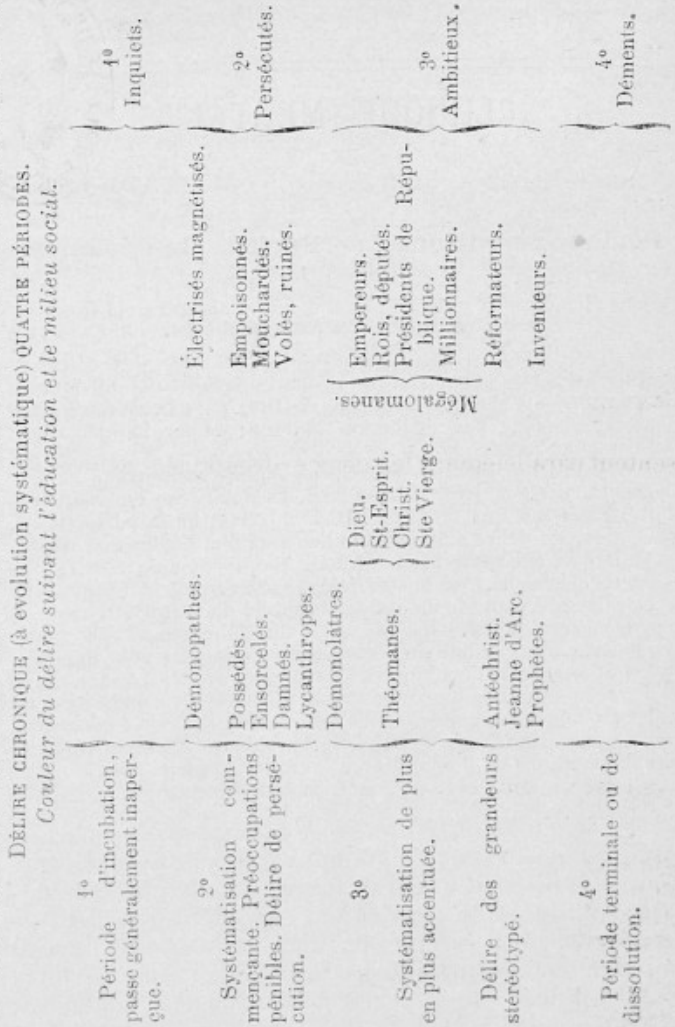
du reste, cela ressort des déclarations publiques qu'il a faites dans ses sermons.

Dans les observations suivantes on n'a pu avoir de renseignements précis sur les antécédents héréditaires, mais la marche de la maladie est nettement indiquée. Faisons remarquer l'existence d'un dédoublement de la personnalité.

Obs. IX. — Valentine Lep..., 46 ans.— Quelque temps après la mort de son mari (1872), la malade devient triste, sombre, inquiète, vit à l'écart; c'est la première période. Peu après, elle prétend qu'on lui en veut, qu'on l'injurie, et refuse de travailler pour certaines personnes qui lui veulent du mal, qui l'insultent dans la rue. « Voilà la bonne amie de M. A... Voilà la poupée du gros auvergnat. » Tous les francs-maçons, toute la diablerie, tout ça travaille; l'inquisition est toujours en elle. Plus tard, le nommé B... l'attaque et lui fait des misères. Le délire se systématise et la malade adopte un vocabulaire spécial. Elle se dit « accaparée à la magie. » Elle subit « la guerre des invisibles. » On a frappé sa pensée, on la force à parler. Des troubles de la sensibilité générale existent également. « Les Chambards lui retiennent le cœur et la travaillent en dedans pour la saligoter. Les rongeurs, les vampires la dévorent en dedans et la forcent à manger. On lui prend le sang, le concentré. » Enfin arrive la période ambitieuse : Depuis 3 ans et demi on lui a crié en dedans qu'elle est la petite-fille de Louis-Philippe. Elle va épouser Sigismond d'Apremin. Notons, en outre, un dédoublement de la personnalité : L'impératrice Eugénie s'est introduite dans son corps, vit à sa mode, ce qui empêcherait le mariage de Sigismond. L'impératrice est à la tête de l'armée des invisibles. Elle garde une attitude altière, refuse de donner la main; chez elle, elle restait enfermée, ne voulait plus sortir.

Obs. X. — Mme Ve Cor.., 43 ans, passementière. — Est enfant naturelle; pas d'antécédents héréditaires connus. Depuis 6 ans elle est triste, préoccupée, elle prétendait qu'on lui en voulait dans les rues, n'osait pas sortir. On lui disait des obscénités dans la rue : « Montre ton c...» Plus tard apparaissent des troubles de la sensibilité générale; le délire devient plus systématisé : on lui introduit dans le corps des machines longues comme des boyaux, des fils de fer; une tête empoisonnée a pénétré dans sa tête, un corps de femme s'est introduit dans son propre corps, elle durcit, se gonfle, fait des bosses quelquefois. Elle s'est donné des coups de marteau sur le ventre pour crever cette malencontreuse visiteuse. Parfois, elle prétendait que la personne qui s'introduisait dans son corps se substituait à elle, et avait à sa place des relations avec son mari. Elle restait habituellement inerte, indifférente, et lorsqu'exceptionnellement ces relations étaient normales, elle disait : « Aujourd'hui, c'est avec moi, je vois bien que cette femme n'est pas dans mon corps. » Quelquefois les relations avec son mari sont très douloureuses : parfois, enfin, elle a des rapprochements sexuels avec un individu qu'elle sent, mais qu'elle ne voit pas; elle reste assise sur sa chaise et éprouve les mêmes sensations voluptueuses. Elle sent pénétrer des insectes sous la peau; on lui suce les gencives. Elle sentait quelquefois de mauvaises odeurs, de mauvaises saveurs. Plus tard, elle a manifesté des idées ambitieuses; elle prétendait qu'elle appartenait à une grande famille, qu'elle n'avait plus besoin de travailler; plus tard encore, elle ajoutait que c'étaient des voix qui lui annonçaient tout cela, qu'on lui avait dit qu'elle avait gagné le gros lot. Il lui arrivait d'interpeller les passants, de vouloir déménager, parfois elle parlait de se tuer pour en finir.

Nous connaissons maintenant les caractères généraux et l'évolution du délire chronique, mais les aspects sous lesquels se présente le malade varient avec sa religion, ses croyances, son instruction, le milieu social dont il fait partie, ses préoccupations habituelles. Il emprunte à ces divers éléments pour édifier son délire et lui donner une marque spéciale. Nous voyons ainsi : d'un côté le délire du moyen âge, avec ses croyances superstitieuses, de l'autre le délire moderne utilisant les progrès des sciences et de l'industrie, et en rapport avec les luttes politiques et l'organisation sociale nouvelle. C'est ce que nous montre le tableau suivant :



A la fin du moyen âge et à la Renaissance on parlait de sorcellerie, d'esprit malin, d'obsession et de possession diaboliques; le délire n'était que le reflet de ces croyances, de ces préjugés que l'ignorance rendait encore plus profonds. A la fin du dix-huitième siècle, le mesmerisme et le fluide magnétique, plus tard, le spiritisme avec les esprits frappeurs, les tables tournantes, servaient aux persécutés d'explication à leurs sensations maladives. De nos jours les luttes politiques, les grandes forces naturelles, les applications nombreuses des agents physiques et chimiques, le magnétisme, l'hypnotisme, la suggestion, les microbes, les grandes sociétés politiques ont remplacé le merveilleux, attirent l'attention et deviennent le point de départ des idées délirantes. Les démonopathes, les lycanthropes, ne sont autres que des persécutés. Mais tandis que les diables, les sorciers, les esprits malins tourmentent les premiers, les persécutés de nos jours sont tourmentés par les jésuites, les francs-maçons, la police secrète, ou bien encore par l'électricité, le téléphone, les microbes, etc. Les premiers deviennent Dieu, l'Antéchrist, Jeanne d'Arc, prophètes, les autres deviennent Empereurs, Rois, Présidents de la République, Réformateurs, etc. Différents malades nous ont donné des exemples de cette double influence de leur éducation dans deux milieux différents. L'association des préjugés, des superstitions des siècles passés

© ANM

ec les découvertes scientifiques du monde moderne oduit chez eux un délire mixte. De ce que j'ai placé ns le même cadre les démonopathes, les possédés, les sorcelés, etc., et les électrisés, empoisonnés, mourdés, etc., il ne s'ensuit pas que je comprenne, comme nble le croire M. Ritti, tous les mystiques ni tous les rsécutés dans ce groupe. Il faut nécessairement re un choix; les démonopathes, les damnés du délire ronique ont eu, comme les persécutés, une période ncubation et, comme eux, ils auront une évolution érieure qui les conduira aux idées de grandeur (Démolâtrie, théomanie pour les premiers, mégalomanie ur les seconds) et à l'incurabilité. Si bien que ces lades, quelle que soit la couleur du délire, restent au d les mêmes.

Pour bien comprendre que ces variétés du délire ne t que des phénomènes accessoires, le fait capital sistant uniquement dans la transformation d'un délire ible en un délire ambitieux, il suffit de se rappeler lques observations dans lesquelles les malades prétent parallèlement les deux ordres d'idées délirantes. rappellerai d'abord une femme âgée de 40 ans, chez uelle l'influence de l'éducation dans deux milieux férents s'est fait sentir d'une manière remarquable.

BS. XI. — Madame H. F. L., couturière, âgée de 43 ans, est d'un père qui, dans un accès passager de mélancolie, avait une tentative de suicide et d'une mère frappée d'hémiplégie s la fin de sa vie. Un de ses frères est mort à huit ans d'une ction aiguë du poumon. Elle a deux filles bien portantes. vée au village, elle est allée dans son enfance à l'école où se montrait docile, laborieuse et apprenait facilement; de bonne heure elle s'occupe des soins du ménage et elle rend en même temps la couture. Pendant les veillées d'hiver, se réunissait pour coudre ou filer dans une grande cuisine les histoires de revenants ou de sorciers défrayaient habilement la conversation. Elle se marie en novembre 1865, avait vingt ans; elle vient peu de temps après habiter is et elle a deux enfants dans les premières années du riage; les deux grossesses et les accouchements n'ont été versés par aucun accident. Du reste, rien de particulier n'est gnaler jusqu'en 1878. A ce moment, elle devient, par interes, triste, inquiète, irritable, elle s'isole, mange mal. Puis reprend son travail et s'occupe régulièrement de sa cou- et de son intérieur, mais cependant elle est moins gaie, paraît préoccupée, elle est soupçonneuse et montre une deur inusitée pour les personnes qu'elle connaît et vis-à-vis quelles elle avait jusque-là été très bienveillante. Peu à peu tte mauvaise humeur, à ces difficultés du caractère s'ajout des phénomènes qui donnent à l'entourage l'explication tous ces changements. Elle prétend que, dans la rue, des s qu'elle ne connaît pas, dit-elle, lui disent des injures, lui rochent toutes sortes de défauts; on l'insulte même chez elle, s on se cache aussitôt, car elle n'aperçoit personne en ardant par la fenêtre ou sur le palier de l'escalier. Elle rite lorsque son mari, cherchant à la calmer, lui affirme tout cela est imaginaire. Elle reprend : « Mais tu n'entends e pas? on dit que je me conduis mal, on m'appelle Vénus, ; on me traîne dans la boue ». Les jésuites lui en veulent, 'a vouée au diable, on lui fait des tours de sorcellerie. Elle nte qu'ayant déposé dans l'armoire une image de piété n avait donnée à sa fille, elle l'a entendue pousser un cri ntif comme un animal; puis cette image a frappé de petits ps, mais ces coups retentissant sur son cœur et agissant sa fille qui s'est mise à tousser, elle saisit l'image, la hire et la jette par la fenêtre; aussitôt le gaz s'éteint dans ue; des sifflets répétés du chemin de fer se font entendre; redoute une catastrophe, elle croit que toutes les lumières gares sont éteintes, que des trains vont se heurter et qu'elle cause de grands malheurs. Elle frotte des allumettes qui prennent pas feu, elle se recommande au Saint-Esprit, ncelle jaillit, l'allumette s'enflamme et les sifflets d'alarme rêtent.

Peu après, empruntant au milieu parisien où elle vit depuis plusieurs années les idées de progrès que réveillent les inventions modernes, elle attribue au téléphone les injures qu'elle entend; on répète ainsi par téléphone tout ce qu'elle pense, idée par idée; on l'électrise. On lui envoie des odeurs de soufre et de brûlé. Sous l'influence de ces idées délirantes, elle refuse souvent de sortir, elle quitte son travail. Elle se lève parfois la nuit et jette par la fenêtre de l'eau sur ses ennemis imaginaires. Un jour, exaspérée par les insultes, elle se précipite dans l'escalier avec un manche à balai et frappe sur le dos du propriétaire, sur des locataires et sur le concierge qui accouraient. D'autres fois, armée d'un couperet, elle va menacer ses voisins. Plus tard, dans le courant de 1883, apparaissent des idées ambitieuses et celles-ci sont encore le reflet des deux milieux dans lesquels a vécu Mme H. Elle raconte, d'une part, qu'on la martyrise parce qu'elle est puissante par la grâce de Dieu; Dieu l'a faite impératrice de la Sainte-Croix; il fait des miracles pour elle, tous les obstacles disparaissent, elle débloque tout sur son passage. D'autre part, elle prétend qu'elle devrait être maîtresse sur les affaires d'Etat, qu'on lui vole ses pensées pour diriger la France, que M. Grévy occupe sa place, qu'elle doit être Présidente de la République.

Cette observation met bien en présence on le voit le délire ancien et le délire moderne; les préjugés, les superstitions et la sorcellerie d'un côté et les progrès scientifiques de l'autre; les préoccupations religieuses et les préoccupations politiques. Ces diverses couleurs délirantes ont par elles-mêmes peu d'importance, ce qui doit surtout attirer l'attention du clinicien, c'est l'évolution, la succession des caractères généraux du délire. Ainsi, cette aliénée d'abord démonopathe devient théomane, d'abord persécutée elle devient mégalomane, c'est cette marche progressive des idées tristes vers les idées ambitieuses qui fournit au pronostic son caractère de gravité; devenue ambitieuse, la malade peut, en effet, être considérée comme incurable car elle s'acheminera plus ou moins lentement vers la démence.

Mme H., est actuellement à l'asile de Vaucluse dans le service de M. le docteur Brusque. Notre distingué collègue a bien voulu le 18 janvier 1889 nous donner les renseignements suivants sur son état actuel. Mme H., femme L., est toujours à Vaucluse; c'est une délirante chronique à la troisième période. Mélange d'idées ambitieuses et de persécution; hallucinations de l'ouïe, troubles de la sensibilité générale. Elle a été sacrée Reine par l'Eglise de Longpont; on voudrait maintenant la faire abdiquer, on l'entoure de pièges, on la téléphone. Elle les entend dans les villages voisins, mais elle restera ce qu'elle est, puisque c'est l'Eglise qui lui a donné cette haute situation. Elle ne veut pas quitter l'asile car elle sent bien qu'elle serait *intriguée*. Est est habituellement tranquille, travaille assidûment.

On ne peut donc plus accepter comme espèces pathologiques distinctes les formes mentales décrites sous le nom de démonopathie, délire religieux, théomanie, mégalomanie, etc. Avec ces formes purement symptomatiques tout est confusion et le pronostic reste incertain. L'important n'est pas de savoir si le sujet est théomane ou mégalomane, s'il est Dieu, Roi ou Président de la République, mais de savoir comment il l'est devenu, de bien établir la marche de la maladie, de savoir si le Dieu ou le Roi, avant d'arriver à cette suprême puissance, n'a pas eu à subir des vexations ou de nombreux tourments. Ce puissant, d'abord persécuté, se range dans le délire chronique, et pour le clinicien cela signifie incurabilité. Au contraire, le potentat devenu grand, sans épreuve préalable, se range dans le groupe des dégénérés et l'accès délirant est le plus souvent curable.

© ANM

II. *Période de démence.* — De cette période ambitieuse qui marque déjà un certain degré d'affaiblissement de la résistance cérébrale, les malades marchent graduellement vers la démence. Leur niveau mental baisse peu à peu, leur activité intellectuelle se borne à ressasser quelques conceptions délirantes stéréotypées. De temps à autre leur esprit se réveille sous l'influence d'hallucinations, d'images tonales qui continuent à s'échapper presque automatiquement du centre cortical. Ils se montrent indifférents à tout ce qui les entoure, on les voit adoptant parfois des attitudes spéciales, se tenant à l'écart, tantôt immobiles, d'autres fois parlant seuls à voix basses, faisant tout à coup certains gestes, toujours les mêmes, en rapport avec des conceptions délirantes qui ne changent pas non plus. Si vous les interrogez, ils ne répondent pas tout d'abord, puis, si l'on insiste, ils regardent comme étonnés et ne donnent souvent que des réponses incomplètes. C'est bien là une déchéance réelle de l'intelligence que nous désignons du nom de démence, ce terme s'adressant, d'une manière générale, aux états intellectuels en voie de déclin.

Le malade suivant, dont le délire remonte déjà à seize ans, est entré depuis deux ans dans la période ambitieuse. Il a toujours été sobre, économe, rangé, rien d'anormal n'a été remarqué jusqu'à l'âge assez avancé auquel a débuté la maladie. La période prodromique, assez longue, n'a pu être déterminée. La phase de persécution est classique; avec ses hallucinations de l'ouïe (injures, menaces, il entend une voix de fer) et ses expressions caractéristiques : on persécute sa pensée, on sait tout ce qu'il pense, les idées ambitieuses sont consécutives à des hallucinations de l'ouïe. L'attitude est arrogante, hautaine. L'intelligence est un peu affaiblie et par les progrès de la maladie et par l'âge (61 ans), et le malade n'est pas loin d'entrer dans la quatrième période.

Obs. XII. — Le malade S..., 61 ans, entre à l'asile le 2 février 1888. Il est défiant, réservé, ne raconte son histoire que par lambeaux, « il ne veut plus entendre parler des sottises d'autrefois, ce sont des cancans ». Il a généralement un air assez hautain et « tous ces interrogatoires deviennent vexants; dit-il ». Il en résulte une histoire assez écourtée du début de sa maladie.

Antécédents héréditaires : le père du malade aurait été original toute sa vie. La mère est morte en couches. Un oncle aurait été fou. Il a eu lui-même trois enfants dont deux sont morts en bas âge. Toujours il a été sobre et économe. Depuis 16 ans, il entend des cloches, des voix, des somnambules; les cloches seraient un avertissement; les voix lui disaient des insultes et des menaces. La somnambule serait une dame R..., locataire de la maison où il demeurait et dont il a parlé dès le début de sa maladie. Il entendait également des voix partant des logements contigus; les voisins riaient, c'étaient des plaisanteries, il n'y attachait pas d'importance, dit-il aujourd'hui. Il entendait surtout la voix de fer, Mme Fer, comme il l'appelle, une voix qui donne le son du fer. Encore aujourd'hui, il l'entend, il prête l'oreille et demande si on ne l'entend pas, « un bruissement », dit-il. « En ce moment j'ai bien 6 kilos de fer, elle me paralyse pour m'insulter, elle m'embarrasse la langue pour m'empêcher de m'expliquer. » Elle est dans l'asile, il a avec elle des « conversations mentales, comme à haute voix. » « Elle persécute sa pensée », elle sait presque tout ce qu'il pense. Un jour on le trouve souriant, il était en correspondance avec Mme Fer. Il a eu des craintes d'empoisonnement, trouvait un mauvais goût à ses aliments, il s'imaginait que les voix ordonnaient à sa fille de l'empoisonner. Il sentait souvent de mauvaises odeurs « le fer repousse, ça sent mauvais. » Il a eu souvent l'idée de déposer des plaintes chez le commissaire; mais il ne l'a jamais fait. Depuis deux ans apparaissent des idées ambitieuses; elles vinrent à la suite d'hallucinations, des voix lui disaient qu'il était le propriétaire de l'établissement de son patron. Aujourd'hui il est le prince Joseph Sandreuse, il est la conséquence logique du prince de Sandreuse; « ils disposent de mon titre depuis ma naissance et n'ai jamais rien touché ». La mère de Napoléon était sa grand-mère; « Je suis l'enfant de Napoléon, on me l'a crié assez dit-il. Napoléon, prince de Conti, était le dernier des Bourbon il est, lui, premier des Sandreuse. Il est en France le soleil de l'Europe, il y en a un dans chaque nation. Depuis 1854 règne par le titre « le titre de l'Europe ». Il devrait régner effectivement sans les embarras créés à la France depuis 18 Il est proclamé empereur diplomatiquement depuis 1880. exprime ce titre plus haut que tout autre en disant que c'« l'honoribilis ». Il n'y a jamais eu de République en Fran il y a un gouvernement transitoire en attendant la rentrée Prince. Il ne comprend pas que les médecins doutent de qu'il dit, qu'ils restent toujours dans « la négation ». « C' l'enfant de Napoléon que vous avez devant vous », nous dit un jour d'un air arrogant, « je crois qu'il y a eu assez de proclamations ». Il croit que le médecin est passé plusieurs f devant lui accompagné de M. Grévy. On l'a conduit ici « po la propriété de l'asile », les employés, tout le monde, le crie Il est propriétaire de l'asile par héritage direct d'Henri IV. lui disait aussi qu'il avait une rente à la Salpêtrière.

Madame « Fer » est une vierge, sa fille Jeannette est en moment à l'asile, elle est l'intermédiaire de la Vierge. A s arrivée, il disait à sa fille : « Tu as la couronne, on va te donn la couronne ».

Obs. XIII. — V... Julie, âgée de 71 ans. Antécédents p connus; la mère, originale, extravagante, s'est mariée de fois et s'est séparée de ses deux maris. Chez cette malade qu été admise 15 fois à la Salpêtrière, le début de la maladie remon à 1840; V... Julie avait alors 27 ans. Elle paraît avoir eu la fin du règne de Charles X, des relations avec un personna influent de la Cour. Elle s'est ainsi trouvée indirecteme mêlée aux événements de 1830 et les préoccupations qui en ont été les conséquences ont déteint plus tard sur ses conceptio délirantes. Peu d'années après l'avènement de Louis-Philip elle a commencé à s'apercevoir qu'elle était l'objet de pou suites de la part de la *Police*; les mauvaises langues, dit-el marchaient sur son compte; on faisait courir de faux bru sur sa conduite. Vers cette même époque, elle allait au Lou copier des tableaux; *on* lui faisait des misères, *on* lui crev ses toiles, *on* lui volait ses couleurs, *on* la discréditait, l'empêchait de travailler. Le gouvernement avait voulu s'e parer de papiers importants qu'elle possédait; elle les a brûl parce qu'elle entendait répéter tout ce qu'elle disait et qu' eût pu découvrir sa cachette. La police du gouvernemen acheté les agents de change pour lui faire perdre sa fortu on l'a trompée, on lui a fait donner indûment des signatur Des voix qui l'avaient d'abord injuriée lui avaient annon qu'elle était la petite-fille de Vidal, gouverneur de la Mar nique, qu'elle appartenait à la famille de Champagny. E raconte avec complaisance des propos qu'elle entendait rac ter dans le milieu où ses relations l'avaient placée. Charles ayant dit à son cousin Egalité : « On dit que vous voulez êt roi? Louis-Philippe avait répondu : « J'aimerais mieux êt pendu ». Pour moi, dit-elle, je n'ai jamais considéré Lou Philippe comme roi. Les d'Orléans, ajoute-t-elle, sont pu sants, il faut craindre la venue du Comte de Paris. Il n'y qu'une alternative : « Le droit divin ou le peuple souverain Elle a vu, dit-elle, l'empire avec plaisir parce que c'était u punition contre les d'Orléans. A partir de 1856, elle co mence à devenir agressive, elle fait des démarches, des réc mations pour rentrer en possession de la fortune qu'on lu fait perdre. Elle prétend que les mouchards viennent dans maison l'espionner et l'insulter, et elle menace de mettre le fe Depuis 1870, elle veut faire de la propagande révolutio naire, instruire les ouvriers, leur donner des conseils et pousser à l'action quand le moment sera venu. Elle allait, d elle, quelquefois attendre les ouvriers à la sortie des usin pour propager ses idées. Elle a été arrêtée une fois dans c circonstances. Depuis quelques années ses facultés baisse elle commence à abandonner quelques idées ambitieuses; e

© ANM

ne croit plus, dit-elle, à ce que ses voix lui annonçaient, qu'elle était la fille d'un gouverneur de la Guadeloupe ; elle conserve néanmoins une haute opinion de l'influence qu'elle peut exercer sur les ouvriers, mais cependant ses idées ont perdu de leur ténacité et en un instant on peut les ébranler et même les faire disparaître.

Elle a de la sensiblerie, elle s'attendrit facilement et il est facile, un moment après, en insistant, de provoquer le rire. La mémoire commence à faiblir, les idées à devenir plus confuses. Il y a dans l'affaiblissement intellectuel de cette malade une double cause; l'évolution, la marche naturelle du délire qui conduit à la démence et aussi l'athéromasie des vaisseaux qui commence à faire sentir son influence. Elle a présenté dernièrement quelques préoccupations hypochondriaques ; elle prétend que son estomac ne digère plus, elle se plaint de douleurs d'entrailles et il lui semble qu'elle a des cailloux dans le ventre.

THÉRAPEUTIQUE

Sur l'Antiseptol (Iodosulfate de Cinchonine), succédané de l'Iodoforme ;

par M. YVON.

Lorsque l'on verse dans une solution aqueuse d'un sel d'alcaloïde de l'iodure de potassium ioduré, on obtient un volumineux précipité constitué par une combinaison d'iode et d'alcaloïde.

Bouchardat, qui a découvert et étudié ces combinaisons en 1845, les a désignées sous le nom de iodures d'iodhydrates d'alcaloïdes. On sait aujourd'hui, d'après les travaux d'Herapath, que ces combinaisons renferment de l'acide sulfurique et on les désigne sous le nom d'*Iodosulfates*.

Toutes ces combinaisons, quel que soit l'alcaloïde employé, renferment une forte proportion d'iode. J'ai fait choix de l'*iodosulfate de Cinchonine* à cause du bas prix de cet alcaloïde.

Au point de vue chimique, l'iodosulfate de Cinchonine a été étudié dès 1826 par le Pr Jörgensen, de Copenhague. Ce savant a décrit trois combinaisons de l'iode avec le sulfate de Cinchonine. Ces combinaisons sont parfaitement définies et cristallisent.

Pour l'usage thérapeutique, la préparation de l'iodosulfate de Cinchonine est des plus simples.

On dissout le sulfate de Cinchonine dans l'eau (25 gr. de sel pour 2,000 gr. d'eau) et on le précipite par une solution d'iodure de potassium ioduré ou réactif de Bouchardat ainsi modifiée :

Iode	10 grammes.
Iodure de potassium.	40 grammes.
Eau.	1000 grammes.

qu'il ne faut pas employer en excès ; la liqueur doit retenir encore un peu de sulfate de Cinchonine. Il se produit un volumineux précipité qu'on recueille sur un filtre et qu'on lave jusqu'à ce que l'eau qui s'écoule ne renferme plus d'iode, et on fait dessécher à air libre.

L'iodosulfate de Cinchonine, ainsi obtenu, est un produit défini (50 p. 100 d'iode) que l'on peut obtenir cristallisé ; mais pour l'usage médical on doit l'employer tel qu'on l'obtient par le procédé que je viens d'indiquer ; il est en effet en poudre impalpable ; très léger ; sa couleur est brun-kermès ; il est inodore, insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool et le chloroforme. Ce produit s'emploie aux lieu et place de l'iodoforme, et dans les essais thérapeutiques qui ont été faits jusqu'ici il s'est montré tout aussi efficace que ce dernier.

Enfin, et ce n'est pas un de ses moindres avantages, il peut être préparé facilement et par tous les pharmaciens.

NOUVEAUX JOURNAUX. — Nous recevons le premier numéro des *Annales de la Policlinique de Paris*, publiées sous la direction de MM. Arthaud et Olivier. Nous souhaitons le meilleur succès à nos nouveaux confrères.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Paul LOYE.

La Rédaction du *Progrès Médical* vient encore de faire une perte douloureuse.

Paul LOYE est mort samedi, après une maladie de plus de trois mois. Il n'avait pas trente ans et déjà il avait dans la science une place importante.

En 1883, il s'était présenté aux difficiles examens de la licence et avait été nommé le premier, après une seule année de préparation. Aussi Paul Bert s'empressa-t-il de l'attacher à son laboratoire en qualité de préparateur. Notre grand physiologiste comprit d'ailleurs vite qu'une intelligence comme celle de Loye ne pouvait demeurer longtemps dans les positions subalternes, et, moins d'un an après, il le prenait pour collaborateur.

C'est à cette époque que M. Brouardel accepta Loye comme aide au Laboratoire de Médecine légale. Là aussi il fut vite remarqué et, peu après son entrée en fonctions, il signait à côté de son maître d'importants mémoires sur la submersion et sur l'asphyxie par l'hydrogène sulfuré.

C'est de cette époque que date son travail si connu sur la *Décapitation* : la physiologie, la législation étaient toutes deux intéressées au succès de ces recherches ; on peut bien le dire, la philosophie n'y était pas non plus étrangère. Bravant la crainte, le dégoût, la critique même, Loye voulut revoir ce que les fameux chirurgiens de Mayence avaient décrit peut-être avec trop d'imagination, et il n'hésita pas à étudier le décapité à la minute même de sa mort. Je puis dire avec quels soins scrupuleux ces recherches ont été faites, puisque j'y ai assisté et que j'en ai publié plusieurs avec lui.

D'ailleurs, elles ont paru bonnes à tout le monde, puisque la même année l'Institut, la Faculté de Médecine, la Société de Biologie les ont consacrées par leurs plus hautes récompenses.

Jusque-là, nous connaissions Loye comme un travailleur, un chercheur, nous ne l'avions pas entendu parler : était-il aussi bon professeur qu'élégant écrivain?

Il y a deux ans, il fut nommé professeur à l'Ecole des infirmières de la Salpêtrière. Il faut faire là un cours bien modeste, mais beaucoup plus difficile qu'on ne pourrait croire. On fut vite renseigné : Loye serait certainement un professeur de la plus haute valeur. Il lui fut d'ailleurs donné de le montrer récemment dans un milieu plus scientifique et plus élevé : cet hiver même, il avait été nommé maître de conférences à l'Ecole des Hautes-Etudes; les leçons qu'il fit à la Sorbonne eurent lieu devant un amphithéâtre toujours comble.

Quand un homme meurt au début de sa vie,

© ANM

on se demande plutôt ce qu'il aurait pu faire que ce qu'il a fait. On voit qu'il n'en est pas ainsi de Paul Loye. Avant trente ans, il avait déjà travaillé assez pour remplir toute une existence.

Je pourrais ajouter que sa mort est une perte pour la République. Il était de ceux qui, tranquillement, sans fracas, savent faire leur devoir. Les habitants du Doubs le savaient bien et ils nous l'auraient prouvé quelque jour.

Dr P. REGNARD.

Action physiologique du chloroforme.

La question de l'action physiologique du chloroforme est en ce moment à l'ordre du jour d'un grand nombre de Sociétés savantes. Cette étude a déjà occupé plusieurs séances de l'Académie de Médecine.

En Angleterre, deux commissions ont publié des rapports à ce sujet : la commission de Glasgow et l'Hyderabad chloroform Commission. Les conclusions de cette dernière viennent de paraître dans un des derniers journaux de Londres (1). On le sait, cette commission est la seconde du nom. Elle avait, comme la précédente, pour but d'étudier les accidents du chloroforme, et était subventionnée par le Nizam d'Hyderabad. Elle avait surtout pour but d'étudier ces accidents au point de vue physiologique et de contrôler les observations cliniques de sa sœur aînée. Les expériences ont porté sur 430 animaux, au point de vue du chloroforme seul ; et 168 animaux furent soumis aux inhalations de chloroforme et d'éther. Les mouvements de la respiration et leur amplitude, ainsi que les battements du cœur et du pouls étaient enregistrés, pendant les expériences, au moyen du manomètre de Ludwig et du kymographe de Fick. D'après la commission, le chloroforme donné sans interruption produit une chute graduelle de la pression sanguine ; l'animal n'en continue pas moins à respirer facilement, sans effort. Si la chute de la pression sanguine continue, il devient insensible ; c'est alors que la respiration diminue graduellement, et plus tard les battements du cœur s'arrêtent. Si l'on donne le chloroforme à doses plus massives, la mort est plus rapide, mais elle arrive toujours graduellement, dans les mêmes conditions que précédemment. Quelque concentré soit le mélange de chloroforme et d'air, il ne produit jamais de mort subite par arrêt du cœur.

Le chloroforme n'accroit pas les tendances au shock ou à la syncope pendant les opérations. Les membres de la commission ont pratiqué sur les animaux toutes les opérations possibles, sans observer aucun trouble du côté du cœur, du pouls ou de la pression sanguine. Les efforts, les mouvements faits par l'animal pendant les inhalations, enfin tout ce qui peut arrêter la respiration produit des irrégularités de la circulation et des battements du cœur. L'action d'attirer la langue en avant (ce que l'on fait ordinairement lorsque l'on croit les malades en danger) serait une des seules causes suivies de shock, par irritation probable du pneumogastrique. L'excitation électrique de ce dernier, loin d'entraîner un abaissement de la pression sanguine, comme on le supposait, a semblé avoir une action salutaire. Les expérimentateurs en ont reconnu les bons effets, lorsqu'il y avait arrêt de la respiration au début des inhalations, ou dans l'asphyxie, ou même lorsque le centre respiratoire était paralysé dans les dernières périodes de l'administration du chloroforme. La commission est arrivée progressivement à cette conclusion, c'est qu'on peut donner le chloroforme jusqu'à anesthésie complète avec une chute graduelle de la pression sanguine s'il n'y a pas d'irrégularité des battements du cœur. Le principal objectif est d'assurer une respiration naturelle et régulière, sans efforts, sans arrêt, sans asphyxie, sans aucun trouble dans les mouvements inspiratoires.

Les efforts rendent les inhalations dangereuses, parce que le patient s'asphyxie en partie, ou que ces mouvements accélèrent la respiration et la circulation, et partant augmentent l'apport et l'absorption du chloroforme inhalé. Les centres nerveux sont dès lors plus rapidement impressionnés. L'arrêt momentané de la respiration produit l'asphyxie ; celle-ci, due à cette cause ou à toute autre, excite le centre respiratoire ensuite, les inspirations sont plus profondes et plus fréquentes ; et le patient absorbe plus de chloroforme. Le défaut des inhalations est de contenir trop de chloroforme, que l'on y verse rapidement ; le malade absorbe une trop grande quantité du narcotique, et la respiration puis le cœur s'arrêtent rapidement. Le meilleur instrument serait un cône dans lequel on verse à petites doses le chloroforme ; cet instrument est placé d'abord à une certaine distance de la bouche et du nez du malade ; si la respiration se fait sans difficulté, on le rapproche peu à peu.

On voit donc, par les faits exposés par la commission d'Hyderabad, que la respiration s'arrête toujours avant le cœur, ce dernier étant l'organe dont les mouvements subsistent les derniers. Il ne faut donc pas se fier aux renseignements donnés par le pouls, puisque, d'une part, la pression sanguine commence à diminuer bien avant l'anesthésie générale, et, que d'autre part, l'arrêt du cœur ne survient qu'après celui de la circulation (1).

A. R.

(1) *Lancet*, 21 juin 1890, p. 1369.

(1) Ces constatations expérimentales sont, nous le répétons ici, absolument confirmatives des observations cliniques que nous avons consignées et expliquées dans un article récent : *Un nouveau mode d'anesthésie : De la chloroformisation à doses faibles et continues* (*Gaz. des Hôpitaux*, 7 et 14 juin 1890). M. B.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. CAUSSADE, bachelier ès lettres, bachelier ès sciences, est nommé chef de laboratoire de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris (hôpital de la Pitié), en remplacement de M. Guinon, démissionnaire.

HÔPITAL FRANÇAIS DE LONDRES. — La semaine dernière a eu lieu à Londres l'inauguration du nouvel hôpital français, dans l'avenue Shaftesbury. M. Waddington, ambassadeur de France, présidait à la cérémonie. Il a été reçu par le docteur Vintras qui, accompagné de l'architecte, M. Verity, lui a fait visiter l'édifice ; les membres du comité de souscription, le corps médical et les invités suivaient. Le docteur Vintras a fait en quelques mots l'historique de la nouvelle fondation et a terminé en exprimant la reconnaissance due à M. Waddington pour la part qu'il a prise à la réalisation de cette œuvre. M. Waddington a remercié en faisant remarquer qu'à d'autres que lui revenait une large part de cette reconnaissance, l'hôpital français étant une œuvre nationale, que le gouvernement de la République et la colonie française ont contribué à réaliser, puissamment aidés en cela par la générosité anglaise. L'hôpital a été alors déclaré ouvert.

© ANM

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 5 juillet 1890. — Présidence de M. Straus.

M. Déjerine. — *Syringomyélie et maladie de Morvan.* MM. Joffroy et Achard ont publié une observation de syringomyélie, avec névrites périphériques, qu'ils rattachent à la maladie de Morvan. M. Déjerine, à ce propos, est d'avis qu'il s'agit là de deux maladies bien distinctes. D'abord, le panaris est extrêmement rare dans la première, très fréquent dans la seconde. Ensuite, la maladie de Morvan est très fréquente, puisque Morvan en a pu constater vingt cas sur cinquante mille individus ; la syringomyélie est au contraire fort rare.

M. Black fait une communication sur l'*action de certains réactifs sur les tissus* et principalement sur les centres nerveux. En acidifiant complètement la masse sanguine par injections intra-veineuses d'acides à doses faibles, on peut n'observer que des troubles très légers.

M. Quinquaud dépose une note de M. Schmitt sur l'étude expérimentale de l'*action du mono et du bichloral-antipyrine*. De ses études qui demandent à être contrôlées par la clinique, il résulte que le premier de ces corps présente un avantage notable sur le chloral. Au point de vue des effets sommifères, il abaisse moins la tension. Le second ne présente aucun avantage sur le chloral.

M. Laveran. — Sur les *Hématozoaires des oiseaux*. Ils ressemblent d'une façon tellement marquée aux parasites du paludisme que Danilewsky les a identifiés. On les retrouve dans le climat de Paris chez le geai ; en Sicile, ils se retrouvent chez les moineaux francs. Ils sont caractérisés par des amas de pigment produits par le parasite dans l'intérieur même du globule rouge. A l'état de liberté, dans le sang, c'est un corps allongé, légèrement recourbé, qui peut parfois présenter un noyau. Il est facile de conserver ces éléments en desséchant simplement le sang. En injectant à un oiseau du sang paludique, on ne constate pas la pullulation des parasites de la malaria qui diffèrent d'ailleurs en quelques points de ceux des oiseaux.

MM. Charrin et Gamaleia. — Sur l'*injection des produits solubles microbiens et leurs résultats sur les tissus*. En frottant d'huile de croton ou en brûlant à l'eau chaude l'oreille d'un lapin, on observe naturellement les lésions connues d'irritation ou de brûlure. Mais l'injection de produits solubles sécrétés par les microbes arrête la diapédèse, fait contracter les vaisseaux et les lésions n'apparaissent pas ou sont très atténuées.

M. Cnanoff. — Sur la *nature des faisceaux neuro-musculaires*. Après section des cordons antérieurs ou postérieurs de la moelle, on voit dégénérer très vite les nerfs contenus dans les organes neuro-musculaires. Ces faisceaux sont très longs et reçoivent des fibres nerveuses sur tout leur trajet. Le faisceau musculaire reçoit surtout ses nerfs des ganglions rachidiens, il est donc probablement un organe sensitif.

M. Tuffier. — *Résultats obtenus par l'étude de la réparation des plaies de la vessie au contact de l'urine normale*. Deux cas peuvent se présenter : on réunit la plaie de la vessie au catgut ou on l'abandonne à elle-même. Dans le premier cas, la cicatrisation se fait en 5 jours. Le catgut disparaît et ne laisse aucune trace. La cicatrice est très solide. Dans le second cas, la plaie se recouvre d'un exsudat d'apparence diphtéroïde et bourgeonne au-dessous. La réparation se fait en une quinzaine de jours. Les plaies de la base de la vessie se réparent plus vite que celles du sommet.

M. Raphael Blanchard a pu étudier une *dermatose mycosique* produite par un champignon assez commun, le Fusarium, et se montrant sous forme de petites verrues d'apparence cornée sur la queue des lézards verts. Les Coccidies de ce parasite déterminent la production de villosités polypeuses, d'une sorte de papillome recouvert d'épiderme corné.

M. Laguesse. — La présence d'une *rate et d'un pancréas* n'est pas admise par tous les auteurs chez les *Poissons Dipnéens* et chez la Lamproie. M. Laguesse a pu les retrouver chez ces animaux. Chez le Protoptère notamment, ils sont compris dans l'épaisseur même des parois du tube digestif, au-dessous de la tunique séreuse et au voisinage immédiat de la veine intestinale ; absolument comparables en cela à l'ébauche des mêmes organes chez les embryons de Sélaciens notamment. C'est plus tard seulement que, sur ces derniers, une invagination du péritoine, analogue à celle qui forme chez les Mammifères l'arrière-cavité des épiploons, vient les séparer du tube digestif.

MM. Paul Blocq et G. Marinescu. — *Poliomyélites et polynévrites*. — Le débat est loin d'être clos sur la question des rapports qui existent entre les poliomyélites et les polynévrites, non plus que sur la signification véritable de celles-ci. Nous nous en sommes proposé l'étude à l'occasion de faits de l'un et l'autre groupe, sur lesquels il nous a été donné de faire des recherches au laboratoire de M. le Pr Charcot à la Salpêtrière. Dans un cas de *poliomyélite subaiguë*, nous avons observé des lésions remarquables des cornes antérieures de la moelle. Celles-ci sont le siège d'une exsudation hémorrhagique fort intense qui a détruit en grande partie les cellules ganglionnaires et les fibres nerveuses qui sont remplacées par une substance uniforme peu granuleuse. Des altérations semblablement localisées aux cornes antérieures de la moelle ont été vues par d'autres auteurs (Schultze, Riessler) en des cas de *poliomyélites aiguës* et *subaiguës* (Oppenheim). Ces dernières observations n'avaient pas, jusqu'à présent, en France du moins, été mises en valeur suffisante ; joint au nôtre, ce nombre de faits suffit à démontrer la nature spinale de la maladie décrite par Duchenne. Le cas de *polynévrite* que nous avons étudié névroscopiquement, avait prêté pendant la vie à une erreur diagnostique avec la paralysie spinale antérieure. Nous avons constaté que l'observation recueillie, il y a 15 ans, par M. le Pr Hayem, se rapprochait beaucoup de la description d'une affection nouvellement introduite dans la science par Korsakoff, sous le nom de « cérébropathie psychique toxhémique » ou « psychose polynévritique », et non encore connue en France. Ces formes, de même que notre observation, sont caractérisées, au point de vue clinique, par la présence constante et simultanée, à un moment donné, de désordres cérébraux et de paralysies amyotrophiques. Au point de vue anatomique, dans notre cas, l'axe spinal était indemne et les nerfs périphériques dégénérés. Mais ces dernières altérations n'étaient pas en rapport avec l'intensité de l'atrophie musculaire. Il résulte de nos recherches que : *a*) — Il existe des formes morbides dont l'expression clinique correspond exactement à la maladie décrite par Duchenne sous le nom de paralysie spinale antérieure aiguë et subaiguë de l'adulte. Ces formes sont, en réalité, selon les prévisions de cet auteur, sous la dépendance de lésions des cornes antérieures de la moelle. — *b*) On observe, d'autre part, des complexus symptomatiques plus ou moins analogues aux précédents, au point de vue clinique, et dont l'évolution peut même entraîner la confusion diagnostique, qui ne reconnaissent pas pour cause des lésions appréciables de la moelle épinière. — *c*) On ne peut affirmer absolument, dans certains de ces derniers cas, que les désordres soient liés à la présence des névrites périphériques qu'on y constate. — *d*) Il y a lieu, selon nous, de supposer que les centres cérébraux, dont la participation au processus est attestée par les signes cliniques, jouent un rôle pathogène dans les cas de ce genre (polynévrites amyotrophiques s'accompagnant de désordres psychomoteurs). — *e*) Il ne nous paraît pas possible actuellement de fixer, d'une façon certaine, les relations qu'affectent entre elles les paralysies amyotrophiques des poliomyélites et des polynévrites. L'hypothèse qui nous semble la plus plausible à cet égard, hypothèse qui a déjà été formulée d'une façon moins étendue, est celle d'une lésion de l'*arc neuro-musculaire* (*cellules cérébrales motrices*, cellules ganglionnaires de la moelle,

© ANM

nerfs moteurs, muscles) se localisant plus ou moins intensivement sur les diverses parties de cet appareil.

A. Pilliet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 8 juillet 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

M. Galezowski traite du *débridement circulaire du globe oculaire dans les ophtalmies sympathiques*, grâce auquel il pense qu'on peut conserver sans l'énucléer un globe oculaire perdu, atrophié. Son procédé consiste à inciser d'abord la conjonctive et la capsule de Tenon dans les quatre points correspondant aux muscles droits, puis à attirer le plus possible en avant le muscle droit interne avec le crochet à strabisme. Il introduit alors les ciseaux, débride et coupe tout ce qui peut se rencontrer entre le globe oculaire et la capsule de Tenon. On attire de même le nerf optique qu'on coupe en arrière et excise même. On fait de même avec les droits externe, inférieur et supérieur en coupant en arrière. Une fois le débridement circulaire ainsi fait, on nettoie l'œil et on le lave avec des solutions antiseptiques, puis on fait une suture sur l'angle interne et une autre sur l'angle externe de la conjonctive. Tout étant terminé, on fait une compression sur l'œil.

M. Péan lit un travail sur le *traitement des suppurations d'origine utérine, qui ont pour siège l'utérus et ses annexes*, dont voici les conclusions résumées : 1° Les suppurations limitées de l'utérus peuvent être guéries par le traitement antiseptique de sa cavité, par les cautérisations, la dilatation progressive et le curettage. 2° Les suppurations légères des trompes peuvent guérir par la dilatation simple de la cavité utérine. Quand elles sont enkystées, petites et récentes, la castration tubo-ovarienne est recommandable. Si elles sont volumineuses, bilatérales, adhérentes, il faut recourir d'emblée à la castration utérine vaginale et pratiquer des lavements antiseptiques. 3° Si la suppuration occupe un ligament large et fait saillie dans le vagin, il faut l'inciser, drainer et laver. Si les deux ligaments suppurent et si le pus a fusé dans la vessie et le rectum, il faut faire l'hystérectomie vaginale totale d'emblée. 4° Les pelvipéritonites bien localisées doivent être incisées de bonne heure. Si la suppuration est très étendue, la castration utérine vaginale s'impose. 5° La thérapeutique chirurgicale des suppurations de l'utérus et de ses annexes est subordonnée à l'étendue et à la gravité de ces suppurations. La castration tubo-ovarienne abdominale est le plus souvent insuffisante. La castration utérine vaginale, au contraire, ne compte jusqu'à présent que des succès.

M. Verneuil répond au sujet de l'*anesthésie expérimentale comparée à l'anesthésie chirurgicale*. — Il maintient qu'on ne peut transporter aux malades les résultats de laboratoire. Il reprend ensuite les différentes expériences de M. Laborde et montre qu'il en est quelques-unes en désaccord avec ce qu'on observe sur l'homme, par exemple pour la syncope du début qu'on peut presque impunément reproduire chez l'animal et qui est très grave chez l'homme. Il rappelle aussi que Vulpian ne pensait pas qu'on pouvait inférer des résultats de la chloroformisation des animaux à ceux observés chez l'homme. En ce qui concerne l'association de la morphine, M. Franck l'a rejetée, comme bien des chirurgiens avant lui. M. Laborde rejette de son côté l'atropine, ce en quoi il a absolument raison. Quant à la narcéine, il faut attendre pour juger. Il rejette également, en s'appuyant sur M. Dastre et M. Perrin, la méthode des mélanges titrés. Quelles ressources les physiologistes nous donnent-ils en cas d'accidents ? Sous ce rapport, les chirurgiens sont beaucoup mieux armés qu'eux. Enfin, il remarque la quasi-uniformité des cas observés dans le laboratoire comparée à la grande variété de ceux de la clinique, car la chloroformisation présente des indications et des contre-indications qui doivent être examinées pour chaque malade. Ce qu'on doit faire aujourd'hui c'est de réunir ses efforts pour élucider les difficultés de la question d'anesthésie chloroformique, au lieu d'opposer la physiologie à la clinique.

M. Laboulbène fait une communication *sur la difficulté de reconnaître la ladrerie bovine*.

Election *de deux associés étrangers* : 1re *Election* ; M. Van Beeeden, de Louvain, est élu par 48 voix contre 6 à M. Fayrer, de Londres, 1 à M. West, de Londres et 1 bulletin blanc. 2e *Election* : M. West est élu par 32 voix contre 21 à M. Fayrer et 1 bulletin blanc. P. S.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

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

M. Desnos lit, au nom de M. Leclerc, *un rapport sur l'épidémie de grippe de Saint-Lô*. Ce travail porte sur 415 observations choisies parmi 534 cas. La première partie donne la description de la grippe Saint-Loise qui s'est signalée par de véritables frissons, une apathie complète, des troubles généraux à forme adynamique et, dans beaucoup de cas, par des phénomènes nerveux très prononcés. Plusieurs malades ont eu du délire, un certain nombre ont présenté du sommeil prolongé. Les éruptions ont été rares et sans caractères spéciaux. Les complications pulmonaires peu fréquentes. La durée de la convalescence s'est montrée longue chez un grand nombre de malades. Mais la maladie a été extrêmement bénigne. Le *Rapporteur* propose d'accepter la candidature de M. Leclerc (adopté).

M. Legroux présente une malade atteinte d'*exostoses ostéogéniques multiples*. Cette malade, qui est entrée à l'hôpital pour une chorée, ne présente aucune tare syphilitique ou tuberculeuse. Elle présente plus de 50 exostoses de croissance réparties symétriquement sur les os longs et sur quelques os plats. Leur volume varie de celui d'un pois à celui d'une noix. Les saillies existent surtout au niveau des épiphyses. Il est rare que dans l'espèce humaine on observe en si grand nombre les exostoses de croissance chez le même individu. Ces exostoses sont symétriques, ce qui écarte l'idée de la syphilis; elles ne se montrent que sur le tronc et les membres, la face et le crâne sont indemnes. Elles sont survenues entre deux et trois ans. A quoi peut-on les attribuer? Ici, aucune cause n'est appréciable. Dans quelques cas, on a signalé l'hérédité. Mais il n'en peut être question dans ce cas.

M. Cadet de Gassicourt. — Ces cas sont rares, il est vrai. J'en ai cependant vu deux beaux exemples dans deux familles où l'hérédité ne pouvait non plus être invoquée et je n'ai pu trouver aucune cause. Ces exostoses étaient moins nombreuses cependant que chez la malade qu'on vient de nous présenter. Chez l'une d'elles, elles avaient la forme de stalactites.

M. Féréol. — Je connais aussi un jeune homme porteur de cinq ou six exostoses de ce genre. L'une de celles-ci, siégeant au petit doigt, était particulièrement gênante. M. Richer en fit la résection, mais le résultat de l'opération ne fut pas aussi bon qu'on l'espérait et l'exostose a repoussé à côté. Une autre près de l'épaule, également incommode, a beaucoup diminué spontanément. Sa mère et son frère sont morts tuberculeux. Mais y a-t-il entre la tuberculose et ces exostoses un rapport quelconque?

M. Cadet de Gassicourt. — Pour les deux cas que j'ai observés, il n'y avait pas de tuberculose dans la famille.

M. Legroux. — Je demanderai à nos collègues militaires s'ils n'ont pas fréquemment l'occasion de rencontrer de ces exostoses dans les conseils de revision.

M. Laveran. — Ils nous permettent en effet d'en voir beaucoup. Pour ma part cependant, je n'en ai jamais rencontré d'aussi nombreuses que chez le malade de M. Legroux. Celles qu'on rencontre le plus souvent se trouvent sur le condyle interne du fémur ou sur le plateau du tibia. Volumineuses, elles entraînent la réforme du conscrit. Quand elles sont peu développées, on prend l'homme, mais on le place dans l'infanterie.

M. Ballet présente un malade atteint de *bégaiement hystérique*. C'est un jeune instituteur de province qui, dans une rixe, reçoit un coup sur la tête, 3 jours après, crise épilepti-

© ANM

forme. 8 jours après, aphasie partielle et phénomènes nerveux particuliers. Actuellement il présente un bégaiement caractéristique pour ceux qui le connaissent, et qui dure depuis un mois. Les stygmates hystériques ne sont pas très nets. Mais le trouble de la parole ressemble exactement à celui des 4 autres malades que j'ai observés et chez lesquels il a été précédé d'aphasie; ces quatre malades étaient d'ailleurs nettement hystériques. Ce malade présente, en outre, un état d'inquiétude constante. Il craint de mourir, de devenir aliéné, de tomber dans les cours d'eau près desquels il passe, de verser lorsqu'il est en voiture. Ces craintes s'accompagnent d'une anxiété très pénible. C'est une sorte de folie du doute embryonnaire. Mais on peut dire ici que c'est une manifestation hystérique. La folie du doute est généralement une manifestation héréditaire. En effet, la sœur de notre malade est atteinte de cette vésanie avec idées de suicide. Mais les troubles nerveux de l'homme ne sont pas de même nature.

M. Féréol. — Pourquoi faire de ce malade un hystérique?

M. Ballet. — Parce que les accidents que présente ce malade se rencontrent plus souvent chez les hystériques que chez aucun autre. Parce qu'il a eu une attaque hystérique à la suite de son traumatisme.

M. Guyot. — Vous nous dites que ce malade est un héréditaire parce qu'il a une sœur atteinte de folie du doute. Mais ce n'est pas là de l'hérédité.

M. Ballet. — Il y a certains phénomènes psychiques qui sont caractéristiques de la dégénérescence héréditaire et qui permettent d'affirmer que les malades qui les présentent sont des dégénérés héréditaires, alors même qu'on n'aurait pas de renseignements sur l'état mental de leurs ascendants. Ces phénomènes sont l'agoraphobie, l'onomatomanie, la folie du doute. La folie héréditaire est d'ailleurs souvent difficile à reconnaître chez les ascendants. Souvent ceux-ci n'ont pas été de véritables fous, mais des originaux, des détraqués, des toqués. Pourtant ces originaux engendrent facilement des fous. Ainsi, un malade, que j'ai vu il y a quelques mois et qui présentait du délire de persécution tel qu'il n'était pas douteux, pour moi, que ce fût un héréditaire, semblait cependant ne pas avoir d'aliénés dans sa famille. Quelques semaines après, le frère était pris d'idées de persécution, de mélancolie, puis de démence. Dans la famille, je trouvai une série d'originaux. L'originalité est aussi typique et aussi grave que l'aliénation vraie.

M. Guyot. — Ces malades, cependant, deviennent des aliénés, puisqu'ils ont la folie du doute.

M. Ballet. — Ce ne sont pas des aliénés véritables. Ils ont conscience de leur état, ils ont ce que Trélat appelait la folie lucide, la folie avec conscience.

M. Merklen lit, au nom d'une commission composée de MM. Féréol, Gérin-Roze, Rendu, Troisier, Moizard, Juhel-Renoy et Merklen, un rapport sur *les traitements et la mortalité de la fièvre typhoïde dans les hôpitaux de Paris*. De la statistique recueillie, il semble se dégager que la méthode de Brand a donné des résultats un peu meilleurs que les traitements symptomatiques, mais l'écart n'est que de 3 à 4 0/0. Depuis 1882, la mortalité par fièvre typhoïde diminue dans nos hôpitaux; ce succès, attribué dans un premier rapport à l'emploi des antipyrétiques, paraît aujourd'hui tenir à la part plus grande donnée aux pratiques hydrothérapiques. La commission demande que les expériences continuent et que des statistiques, aussi complètes que possible, en fassent connaître les résultats.

L.-R. Regnier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 9 juillet 1890. — Présidence de M. Nicaise.

M. Fontan (de Toulon) adresse à la Société deux mémoires: 1° *Rein calculeux; néphrectomie transpéritonéale;* guérison. 2° *Traitement chirurgical du prolapsus du rectum.*

Discussion sur le traitement des Ovaro-Salpingites par la voie vaginale.

M. Terrillon. — Au début de ses recherches sur les ovaro-salpingites, il a fait toutes les tentatives possibles pour les ouvrir par le vagin; il a eu, à cette époque, des succès en fort petit nombre, mais beaucoup d'ennuis (hémorrhagies, fistules persistantes). En 1887, après avoir pris connaissance des travaux de Lawson-Tait, il a fait l'ouverture des abcès ovaro-salpingés par la voie sus-pubienne, sans enlever la poche, en drainant simplement; mais il trouva des cas où cette ouverture n'était pas facile, à cause de la présence des intestins en avant des tumeurs. A partir de 1888, il a fait tous ses efforts pour enlever la poche de l'abcès toutes les fois qu'il l'a pu, y ajoutant le lavage du bassin et le drainage à la gaze iodoformée. Il y a eu des succès rapides. Plusieurs fois, il aurait pu ouvrir ces abcès par le vagin; il ne l'a pas fait. Il est convaincu que par la voie vaginale il est impossible de vider, après incision, ces abcès. Quand on opère ainsi, on fait une opération incomplète. Actuellement, la laparotomie est la meilleure méthode à suivre; par la voie sus-pubienne, on peut enlever 8 fois sur 10 les abcès et on a un résultat parfait. La voie vaginale présente trop d'aléas. On a dit que les malades pouvaient succomber à la péritonite. Cela est possible et au début il a eu des décès. Mais, depuis qu'il a perfectionné sa tactique opératoire, il n'a presque plus d'accidents. M. Terrillon, en terminant, rappelle que M. Péan, dans des cas de ce genre, a été jusqu'à faire l'hystérectomie totale vaginale, opération qui lui paraît trop aléatoire. Sur 20 cas récents d'extirpation d'abcès ovaro-salpingés, M. Terrillon a eu 19 succès.

M. Terrier a été un peu étonné de la communication de M. Bouilly. Etant donné ce que l'on sait sur l'avenir des femmes qui ont eu de tels abcès ouverts dans le rectum, le vagin, la vessie même, etc., femmes qui conservent ces fistules pendant un temps indéterminé et qui en général ne guérissent jamais, M. Terrier n'a jamais eu l'envie de faire, chez des malades atteintes d'ovaro-salpingites suppurées, une incision vaginale. Il se rappelle trop les mauvais résultats qu'obtenait Chassaignac, qui incisait et drainait ces abcès par le vagin. Certes, on peut faire l'ouverture vaginale; mais cette opération n'est que palliative. Elle ne procure qu'un soulagement immédiat et les femmes ne guérissent pas. Les choses sont cependant plus complexes qu'a voulu le dire M. Terrillon. L'extirpation de ces abcès par la voie sus-pubienne est plus difficile à bien faire qu'on le pense et les succès vrais moins fréquents qu'on l'a écrit. Leur mortalité, sans être grande, est sérieuse. Il y a des cas surtout qui sont très délicats, par exemple ceux dans lesquels il y a un abcès de l'ovaire ouvert à la fois dans la vessie et dans l'intestin. Il en a opéré un récemment (fistule intestino-vésicale). Il persiste souvent des fistules. Il est vrai que dans certains cas ces fistules peuvent guérir seules ou par des mécanismes qui ne sont pas à la portée de tout le monde; en voici un exemple: chez une femme à laquelle M. Terrier avait fait une laparotomie pour un abcès pelvien, sans toucher aux annexes, une fistule persistait. Cette dame devint enceinte et la fistule guérit. La raison primordiale de ces abcès du petit bassin paraît être, pour M. Terrier, plus souvent un abcès de l'ovaire qu'une salpingite suppurée. Les adhérences avec l'intestin peuvent être telles que parfois on est obligé d'établir un anus contre nature (un cas dans son service). Donc ces interventions sus-pubiennes sont sérieuses et fort complexes. Comment veut-on dès lors que dans de telles conditions une incision vaginale puisse procurer des succès? M. Bouilly dit qu'on peut diagnostiquer les cas où cette incision par le vagin serait préférable. M. Terrier se déclare absolument incapable de faire de tels diagnostics. A l'heure qu'il est, il lui est impossible, en présence d'un abcès pelvien, de dire si une femme a une salpingite ou une ovarite suppurée, ou un abcès pelvien proprement dit. Ce qu'il faut diagnostiquer, c'est la *suppuration du bassin*. Quand ce diagnostic est posé, intervenez par la laparotomie toutes les fois que la chose est possible. Si, par hasard, les accidents pressent trop, si l'abcès pointe très notablement par le vagin, faites l'incision vaginale; mais soyez certains que vous serez obligé ensuite de faire une oophoro-salpingectomie par la voie sus-pubienne. M. Péan a fait quelquefois l'extirpation totale de l'utérus et des annexes par la voie vaginale pour guérir ces abcès. M. Terrier comprend plutôt cette manière de faire que la simple incision vaginale; mais il la croit plus grave que la laparotomie, qui d'ailleurs est plus logique.

M. Després, suivant son habitude, tonne contre tous ceux

© ANM

qui font la laparotomie, prétend qu'il fait très facilement le diagnostic de salpingites et qu'il guérit parfaitement ces malades sans laparotomie. Il n'est point effrayé d'être seul de son avis.

M. Pozzi. — Dans cette discussion, on a laissé de côté le contenant pour ne s'occuper que du contenu des abcès. Un sac de pyosalpinx, vidé, s'emplit à nouveau, et ses parois s'hypertrophient. La femme guérit en apparence, mais en réalité elle continue à souffrir. Les abcès du petit bassin sont : ou bien des tumeurs énucléables ou bien des tumeurs non énucléables. Dans le deuxième cas, on se bornera à enlever le pus ; dans le premier, on enlèvera la poche. Malheureusement, ce diagnostic est impossible à faire avant la laparotomie. Avant d'ouvrir le ventre, on ne sait jamais si un abcès sera, oui ou non, énucléable. Le vagin de carton, le plastron abdominal, les coulées de suif périutérines, tout cela ce sont des signes trompeurs. Faire une incision vaginale, c'est s'exposer à ne faire qu'une opération palliative. Dans tous les cas il faut faire la laparotomie, enlever tout ce qu'on peut, laver ou brosser le péritoine. Il peut persister des fistules, mais elles guérissent à la longue. En cas d'urgence, certes, il faut ouvrir par le vagin ; mais, encore une fois, la laparotomie est la seule opération curative. Pour M. Pozzi, la plupart des abcès du petit bassin sont dus à la salpingite plutôt qu'à des ovarites ; mais cela tient peut-être à ce que M. Pozzi voit surtout, à Lourcine, des syphilitiques et des blennorrhagiques.

M. Le Dentu. — Il faut distinguer les cas récents des cas anciens. Pour les cas récents, l'incision vaginale est préférable. Pour les cas anciens, il faut faire la laparotomie.

M. Routier. — Quand le malade a 40° de température, il vaut mieux faire l'incision vaginale.

M. Terrier. — Quand une malade a une péritonite localisée et 40° de température, si on lui ouvre le ventre, elle a le soir 37°. 40° est une indication de la laparotomie et non une contre-indication. M. Terrier ne comprend pas la distinction faite par M. Le Dentu ; quand il y a du pus dans une poche, que la poche soit ancienne ou récente, il faut enlever la poche par la voie praticable.

M. Bouilly n'a cité l'incision vaginale dans les abcès ovaro-salpingés que comme méthode d'exception. Pour lui, il croit que l'incision vaginale a pour indications une température élevée et les conditions locales qu'il a déterminées. Malgré ce qu'on a dit, il a eu quelques succès par cette méthode, surtout dans les cas de salpingites anciennes avec poussée aiguë.

M. Kirmisson présente un malade auquel il a fait une *résection de l'extrémité inférieure de l'humérus*, avec section temporaire et suture osseuse de l'olécrane, pour une *ankylose à angle droit*. L'articulation nouvelle est solide et souple.

M. Routier montre un malade chez lequel il a fait, pour une *pseudarthrose du péroné*, un enchevillement de cet os (cheville d'os de veau aseptique). Guérison parfaite.

M. Quénu montre des photographies ayant trait à un cas d'*épithélioma de la face chez un vieillard*. Le néoplasme avait détruit toutes les parties molles de la face, au milieu de laquelle on ne voyait plus que des os dénudés.

Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE.

Séance du 10 juillet 1890. — Présidence de MM. Hardy et Fournier.

MM. Hallopeau et Goupil font une communication sur un malade qu'ils considèrent comme atteint d'une *lymphangiectasie gommeuse de nature probablement tuberculeuse*. Le malade présente, sur le membre inférieur gauche, un grand nombre de nodosités intradermiques ou sous-cutanées, confluentes autour du cou-de-pied, disséminées à la cuisse sur le trajet des lymphatiques ; la plupart sont ulcérées et donnent issue soit à du pus soit à un liquide citrin qui a tous les caractères de la lymphe ; d'autres sont dures ou en voie de ramollissement ; les ganglions inguinaux sont tuméfiés, les extrémités inférieures des os de la jambe paraissent augmentées de volume. Ce fait présente beaucoup d'analogie avec celui dont les moulages ont été déposés au Musée par MM. Lailler et Besnier, sous le nom de *varices lymphatiques* et la disposition en bourrelet saillant d'une partie des tumeurs donne bien l'idée d'une altération de cette nature : il en diffère en ce que ce n'est pas la dilatation mais bien une inflammation des lymphatiques qui paraît constituer l'altération primordiale et prédominante. Les caractères des tumeurs qui, d'abord dures et résistantes, se ramollissent pour s'ulcérer ensuite, leur disposition en chapelet sur le trajet des lymphatiques et leur développement en série ascendante les rapprochent beaucoup des cas de lymphangites tuberculeuses dont les pièces ont été moulées d'après des malades de M. Merklen et de l'un des auteurs, en même temps qu'ils les distinguent de la plupart des cas de varices lymphatiques qui ont été publiés.

On ne trouve en effet nulle part chez ce malade les vésicules transparentes augmentant par la station debout et s'affaissant complètement sous la pression des doigts pour reprendre en quelques instants leur volume précédent qui sont signalées dans ces observations ; la tuméfaction des extrémités osseuses et la confluence à leur périphérie des tumeurs suppurées conduisent à les considérer comme le point de départ des altérations. Il s'agit sans aucun doute d'une maladie infectieuse. L'hypothèse d'une septicémie circonscrite consécutive à l'ulcération des lymphatiques dilatés est bien peu vraisemblable. On ne connaît pas de tumeurs gommeuses de pareille origine. Ces néoplasies s'observent dans la syphilis, le farcin et la tuberculose. Les caractères objectifs des lésions permettent d'éliminer la syphilis. Les inoculations du pus exsudé à des cobayes n'ont donné jusqu'ici que des résultats négatifs au point de vue du farcin. L'hypothèse d'une tuberculose locale qui aurait pour point de départ les os du cou-de-pied est donc la plus vraisemblable. Les auteurs communiqueront ultérieurement les résultats des recherches qu'ils ont entreprises dans cette direction. S'ils étaient négatifs, il faudrait admettre l'intervention d'un agent non encore déterminé.

M. Besnier. — Dans les cas que j'ai observés avec M. Lailler, les accidents étaient plus localisés : ils ne dépassaient guère le pied ; le malade de M. Hallopeau nous présente en quelque sorte un échelon plus élevé de la maladie. Dans les cas précédents qui ressemblaient tout à fait à des varices lymphatiques avec tumeurs, les os étaient aussi augmentés de volume. On ne put obtenir la guérison que par la destruction avec les caustiques.

M. Barthélemy communique le résultat de *ses recherches sur 27 autopsies de fœtus ou enfants mort-nés hérédo-syphilitiques*. Depuis 7 ans, l'auteur a pu faire 27 autopsies de fœtus ou d'enfants mort-nés, au 7e ou au 8e mois, tués par l'infection syphilitique héréditaire. Dans 5 cas, le père était syphilitique ; dans 9, la mère seule était connue. Treize cas observés à Saint-Louis se décomposent ainsi : père et mère syphilitiques, sept cas ; mère seule connue, six cas. Dans la plupart de ces cas on ne trouve rien à l'autopsie, macroscopiquement ou microscopiquement. Il semble que l'imprégnation infectieuse suffise pour tuer l'enfant, comme cela se passe dans la variole, par exemple. Dans cinq cas, il y avait des gommes visibles du foie ; dans huit cas, on trouva le foie silex avec les grains de semoule classiques ; dans trois cas, il y avait des gommes microscopiques. En somme, 13 fois sur 27 il y avait des lésions apparentes, mais insuffisantes pour expliquer la mort. L'examen des principaux organes restait négatif. Si donc l'infection était assez forte pour tuer, elle ne laissait aucune trace appréciable. Sur le placenta on a bien trouvé des lésions, mais elles sont banales. Dans une 28e autopsie qu'il vient de faire, il n'a encore été trouvé aucune lésion qui permette d'expliquer la mort. On est souvent tenté, dans ces cas, d'attribuer à un enroulement du cordon, par exemple, ce qui est le fait de la syphilis et de l'infection seule, car une gomme ne peut suffire pour expliquer la mort.

M. Jacquet fait part de quelques *nouvelles remarques sur les dermatoses vaso-motrices*, qui viennent à l'appui des idées qu'il a déjà émises sur ce sujet.

Chez deux malades atteints d'urticaire intense dont l'une d'origine hydatique, l'enveloppement ouaté a parfaitement réussi à calmer l'urtication sur toute la région enveloppée ainsi que je l'ai précédemment fait connaître ; mais, en outre, chacun de ces cas a présenté quelques particularités qu'il peut

© ANM

être intéressant de mettre en relief. J'ai constaté chez le premier malade : 1° Que le prurit peut naître spontanément ou tout au moins sous l'action d'une excitation légère (exposition à l'air frais) mais qu'il n'y a pas apparition de plaques ni d'élevures *à moins qu'une excitation plus forte (contact direct, pression, frottements, etc.) n'intervienne.* 2° Que l'on peut, par ces divers moyens d'excitation directe de la peau, provoquer les élevures et les plaques *sans qu'aucune sensation prurigineuse les ait précédées.*

Dans le second cas j'ai pu constater la *dissociation* de sensations prurigineuses d'origine vraisemblablement différente. Les unes (chaleur à la peau, cuisson, brûlure), d'origine sympathique, vaso-motrice, et éminemment *urticariantes*, les autres siégeant sans doute au niveau des extrémités nerveuses du système cérébro-spinal, et non *urticariantes*. Ces faits ont de l'intérêt au point de vue de l'étude encore incomplète des divers prurits d'une part, et des relations entre les prurits et le phénomène de l'urtication de l'autre.

M. Hardy fait remarquer qu'il lui semble difficile d'envelopper tout le corps, lorsque le prurit est général, ainsi que cela est la règle. C'est ordinairement en se déshabillant que certains sujets sont pris de démangeaisons : ils se grattent quelques instants et le prurit disparaît. L'enveloppement lui paraît donc, dans ces cas, difficile et tout au moins inutile.

M. Jacquet répond que ce n'est pas au point de vue pratique qu'il s'est placé, mais au point de vue pathogénique de certaines dermatoses ; le prurit amène la lésion élémentaire.

M. Mauriac relate un cas de *syphilis communiquée par un mari à sa femme 4 ans et 9 mois après l'accident primitif.* On sait combien il est difficile de dire à quelle époque la syphilis cesse d'être contagieuse et transmissible par hérédité. Il n'existe aucun signe qui permette d'affirmer que la maladie n'est plus virulente; c'est tout au plus si les conditions dans lesquelles la syphilis a évolué, sa gravité, la durée du traitement, le temps écoulé depuis l'accident primitif, permettent de se faire une opinion. M. Mauriac cite l'observation d'un homme qui avait pris la syphilis en juillet 1885 : la syphilis avait été bénigne et le malade s'était très bien traité pendant trois ans. Il avait eu, à plusieurs reprises, au niveau des bourses, des accidents qui paraissaient être bien plutôt herpétiques que spécifiques, et qui néanmoins furent traités comme tels. Il n'avait depuis longtemps aucune manifestation syphilitique lorsqu'il se maria, 4 ans et 5 mois après le début de la maladie. Quatre mois après, sa femme venait consulter M. Mauriac pour une syphilis secondaire qui remontait vraisemblablement à six semaines. M. Mauriac a la certitude morale qu'il ne pouvait y avoir chez elle aucune autre cause d'infection. Or, le chancre était situé au périnée et il avait été probablement déterminé par l'une des petites érosions superficielles que le mari présentait parfois aux bourses.

M. Hardy. — Cette observation est très importante et soulève cette question de savoir à quelle époque il est permis à un syphilitique de se marier et d'espérer des enfants sains. Cette question est des plus difficiles à résoudre, car des faits analogues au précédent se rencontrent plus souvent qu'on ne le croyait autrefois.

M. Fournier. — On conçoit, en effet, quelle est la responsabilité du médecin. Il existe nombre de faits qui démontrent la possibilité de la contagion tardive de la syphilis. Au Congrès de 1889, M. Landouzy en rapportait encore quelques observations. Il est fréquent de voir à la période tertiaire de la syphilis se produire des accidents tout à fait superficiels, d'aspect secondaire, et cela après dix ans de syphilis, par exemple. La syphilide palmaire psoriasiforme, l'érythème tertiaire, sont des faits de cet ordre. Or, pourquoi ces lésions ne présenteraient-elles pas les caractères de contagiosité qu'elles offrent à la période secondaire? Ce sont elles, sans aucun doute, qui sont l'agent de la contagion : elles passent d'autant mieux inaperçues qu'elles sont plus minuscules et qu'elles sont guéries lorsque chez le conjoint apparaît l'accident primitif de la syphilis.

M. Mauriac a vu un malade soigné neuf ans auparavant pour une syphilis légère. Il se marie, et deux mois après sa femme était syphilitique. M. Mauriac ne trouva rien chez le mari : la femme n'était pas enceinte, fait important à cause de la syphilis conceptionnelle possible. Dans un autre cas, il s'agissait d'un vieillard qui avait été soigné d'une syphilis grave cinq ans auparavant. Il contagionne sa femme et chez elle aussi la syphilis fut grave.

M. Lailler a vu, comme MM. Mauriac et Fournier, ces accidents superficiels tertiaires : ils résistent même presque toujours au traitement. Ils s'améliorent, puis reparaissent, et cela indéfiniment, quoi qu'on fasse.

M. Renault fait une communication sur une *observation de tabes aigu d'origine syphilitique.* Lorsque la syphilis tertiaire se localise sur la moelle, il peut être très difficile de la dépister ; parfois, cependant, il y a quelques particularités symptomatiques qui permettent d'en faire le diagnostic.

Malade de 38 ans, atteint en 1877 de syphilis grave. Accidents ulcéreux dès le début, persistent pendant sept mois. Dès 1879, pris d'accidents graves qui se succèdent pendant trois ans. Un traitement intensif a raison de ces accidents et, pendant huit ans, sa santé est parfaite. En juillet 1889, il s'aperçoit tout d'un coup que ses jambes faiblissent : depuis deux ou trois jours il a ressenti quelques fourmillements. Il chancelle et en 3 jours la paraplégie est complète. Paralysie motrice, anesthésie, paralysie des sphincters, perte des réflexes. En même temps survient un ptosis de la paupière supérieure gauche, puis, trois semaines après, du délire, des troubles trophiques, éruptions bulbeuses aux pieds et aux mains avec ulcérations consécutives. Enfin apparaissent des phénomènes insolites constitués par des accès brusques de dyspnée intense et de palpitations ; tendance à la syncope. Ces accès sont subintrants et semblent mettre la vie du malade en danger. Les accidents finissent par s'amender sous l'influence d'un traitement mixte énergique, et aujourd'hui l'anesthésie a disparu, la motilité, les réflexes sont revenus; le malade est guéri.

M. Renault pense que la multiplicité des accidents, la variabilité des symptômes pourraient, autant que l'efficacité du traitement, permettre d'affirmer le caractère spécifique de la lésion. Dans une myélite ordinaire, lorsque les parties supérieures de la moelle se prennent, la dyspnée devient progressive : elle n'apparaît pas par crises comme dans ce cas. Si le début est le même dans les différentes myélites, leurs symptômes spéciaux permettent de les différencier.

M. Mauriac a observé des faits de cet ordre, mais il ne pense pas que les crises de dyspnée soient suffisantes pour faire affirmer la nature spécifique de la lésion, non plus que la dissémination des lésions sur l'axe nerveux. On trouverait plutôt un élément de diagnostic dans la filiation des accidents.

M. Gémy relate *un cas de dermatite exfoliatrice primitive et une observation de chancre syphilitique labial herpétiforme.* Dans ce dernier cas, il s'agissait d'un homme qui était porteur de lésions labiales simulant absolument l'herpès labial : il n'y avait aucune induration et l'on sait que les chancres extra-génitaux sont plus volumineux et que leur induration est plus considérable. Seuls, les accidents secondaires permirent de reconnaître de la syphilis et l'erreur du diagnostic qui avait été commise.

Quant à l'observation de dermatite exfoliatrice généralisée, en voici les principales particularités : Début brusque avec de la courbature, de la fièvre. Les pieds sont les premiers atteints ; la rougeur augmente et gagne le tronc en 25 jours. Au bout de trois mois, toute la surface du corps était rouge ; la face seule est indemne. Les cheveux, les poils, les ongles sont indemnes. Desquamation en larges lamelles ; environ trente grammes par jour. Pas de vésicules, de bulbes ni de pustules. Organes sains ; pas d'albumine ni de sucre dans l'urine. Pas d'hyperthermie.

M. Fournier fait remarquer, à propos de la première observation, que ce mode herpétiforme du début peut être le fait d'un grand nombre de syphilis où l'accident primitif passe inaperçu. Il faut bien savoir que l'accident primaire de la syphilis peut être réduit comme forme, induration, retentissement ganglionnaire et qu'il passe alors inaperçu.

M. Mauriac cite un fait dans lequel une érosion herpétiforme, qui ne dura que 15 jours, ne présentant qu'une induration très minime et une adénopathie très faible, fut suivie d'accidents secondaires.

M. Du Castel fait une communication sur les *syphilomes chancriformes tertiaires.* Tantôt chez d'anciens syphilitiques on voit réapparaître un accident qui simule le chancre, au point où l'accident primitif a existé autrefois. C'est pour ces

© ANM

cas que l'on s'est demandé s'il y avait réinfection. Mais d'autres fois on voit des chancres simples (M. Du Castel en rapporte trois exemples) ou même de l'herpès (un cas) s'entourer de l'induration chondroïde spéciale au chancre syphilitique. Il y a donc un certain nombre de pseudo-chancres indurés qui sont la conséquence de lésions banales chez des syphilitiques; ils siègent notamment au voisinage du sillon balano-préputial. Il faut admettre en conséquence deux classes de pseudo-chancres, les uns par réveil du virus syphilitique *in situ*, les autres développés à l'occasion d'une irritation extra-syphilitique.

M. Gaucher communique une observation d'*ataxie locomotrice d'origine syphilitique guérie par le traitement spécifique*. Le malade, âgé de 27 ans, contracte la syphilis en 1876 et il ne se traite pas. En 1880 il est atteint d'engourdissement des extrémités. En 1882, à ces accidents se joint de la diplopie, l'état du malade empire et l'on diagnostique une ataxie locomotrice type. Après de nombreuses vicissitudes, le malade est soumis au traitement antisyphilitique et rapidement survient la guérison. En somme, chez cet homme la maladie était survenue quatre ans après l'infection syphilitique : la nature de myélopathie fut méconnue pendant trois ans, et en deux mois le traitement spécifique amena la guérison. Paul Raymond.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 9 Juillet 1890. — Présidence de M. Labbé.

M. Ferrand offre à la Société son formulaire.

M. Raymond présente, au nom de M. Guillot, médecin de l'École Monge, une note dans laquelle il propose, pour éviter les erreurs des pharmaciens, de reproduire sur l'étiquette du flacon la formule de l'ordonnance.

M. Huchard lit un travail sur le *pouvoir diurétique de la digitaline cristallisée*. Chez les asystoliques, je ne donne jamais d'emblée la digitaline ni la digitale; je laisse les malades se reposer, je leur donne un purgatif. Alors, je prescris la digitaline à doses massives: 50 gouttes de la solution de digitaline cristallisée au 1/1000. La diurèse n'est pas inférieure à celle obtenue après l'emploi de la digitale en macération. Mes observations montrent l'abondance des urines, et sa durée pendant plusieurs jours après l'administration de la digitaline à dose massive pendant 2-3 jours au plus. Ces observations comprennent des cardiaques de toutes sortes: mitraux, scléreux, emphysémateux. Des malades n'urinant que 200 gr. par jour au moment de leur entrée à l'hôpital se sont mis à sécréter 1,500 gr. et plus. Je n'ai jamais eu d'aussi bons résultats avec la macération de digitale. Je n'ai jamais observé d'accidents. Cependant, j'ai vu quelques malades se plaindre de mouches volantes à la suite de l'emploi de la digitaline. Je crois qu'il est préférable d'employer la digitaline en solution qu'en granules.

Entre la période hypersystolique et la période d'asystolie des maladies du cœur, il y a une autre période que j'appelle : p. d'hyposystolie, caractérisée par l'œdème des jambes, avec congestion hypostatique. C'est le moment où agit le mieux la digitaline. Il faut systématiquement empêcher le malade d'atteindre la période d'asystolie proprement dite, donc ne jamais lui laisser dépasser l'hyposystolie. On peut donner ainsi la digitaline toutes les 3 semaines sans accident.

M. Bardet. — Ces idées de M. Huchard me confirment dans l'idée qu'il faut donner la digitaline à doses élevées. Les craintes sur l'emploi de la digitaline venaient de l'ignorance des effets réels de ce médicament et des effets différents des divers produits. Il arrivera certainement un moment où on remplacera la digitale par son alcaloïde. Je suis de l'avis de M. Huchard qui préfère la forme solution à la forme granule. Je ferai une critique au mode d'emploi ; c'est à cause du dosage par gouttes. Je préférerais l'emploi par centimètres cubes de la solution ; le compte-gouttes idéal étant encore à trouver.

M. Moutard-Martin. — La digitale en macération n'agit jamais que dans le courant du troisième jour, tandis que dans les observations de M. Huchard la diurèse commence aussitôt après l'administration de la digitaline.

M. Huchard. — J'ai remarqué aussi ce fait ; il y a là deux questions à résoudre : La digitaline cristallisée agirait-elle plus rapidement que la digitale en macération, ou bien la diurèse provient-elle du mode d'administration ? Je crois que ce dernier entre pour beaucoup dans la rapidité d'action de la digitaline, c'est-à-dire la prescription de la digitaline après repos, purgatif, régime lacté. Chez deux malades, j'ai donné à l'un, d'emblée, la digitaline, et à l'autre après repos ; chez le premier, la diurèse a été moins abondante. Je pense qu'il est nécessaire d'ouvrir la voie à la digitaline en faisant reposer le cœur.

M. Vigier. — M. Bardet pense qu'il faut agir par centimètres cubes, je pense qu'avec un compte-gouttes composé, gradué, on peut arriver actuellement à bien doser la solution.

M. Petit. — Lorsque j'ai fait des solutions de substances très actives, j'ai cherché à obtenir un mélange ayant la densité de l'eau. J'ai obtenu ce liquide en mélangeant l'eau, l'alcool et l'eau : 50 gouttes de ce liquide = 1 gramme. Si on ajoute de l'eau à ce liquide la digitaline ne se précipite pas. Je pense que l'on pourrait employer ce liquide pour faire les solutions d'aconitine à 1/1000.

M. Yvon. — Je suis d'un avis opposé, au point de vue du public. Celui-ci ne fait pas attention à une goutte de plus ou de moins ; tandis qu'il ne prend que la quantité de granules ordonnés par le médecin. D'autre part, il est extrêmement difficile de trouver des compte-gouttes calibrés. On pourrait, si l'on veut, mélanger l'alcaloïde actif à une poudre inerte et diviser le mélange par prises.

M. Moutard-Martin. — La forme d'administration en solution est excellente, parce que le principe actif est mieux absorbé et qu'il y a moins de crainte d'avoir d'accumulation qu'avec les granules.

Sur la proposition de la Commission, après lecture du rapport de M. Huchard, la Société adopte les séances hebdomadaires, l'augmentation de ses membres.

M. Yvon présente une *nouvelle substance destinée à remplacer l'iodoforme : l'iodosulfate de cinchonine* (1).

A. Raoult.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE.

Séance du 18 juin 1890. — Présidence de M. Laborde.

M. Manouvrier fait part à la Société d'un nouveau don de Mme Juglar à la bibliothèque et présente une brochure dans laquelle il discute le classement coordinatif des sciences apparentées à l'anthropologie.

M. G. de Mortillet présente un travail du Dr Nicolas, d'Avignon, sur le résultat des fouilles pratiquées dans un *monument mégalithique près d'Arles :* dans le mobilier funéraire on a trouvé de la pierre et du bronze, ce qui permet d'assigner comme date le commencement de la période du bronze.

M. Variot communique les résultats de la dissection du *bras d'un enfant hémimèle*. — L'examen du squelette, des masses musculaires, des vaisseaux sanguins et des nerfs du tronçon d'avant-bras doit faire accepter l'opinion de M. Mathias-Duval sur l'origine de cette difformité. Il s'agit d'une amputation congénitale de l'avant-bras. Les coupes microscopiques de la moelle épinière, dans la région cervicale, correspondant à l'hémimélie, montrent une atrophie très évidente des cornes antérieure et postérieure du côté de la difformité. Cette asymétrie de la substance grise ne se retrouve pas dans les cordons blancs. M. Variot offre en même temps les dessins anatomiques et histologiques qui se rapportent à son travail.

M. Fauvelle fait une communication sur les *tombeaux puniques à Carthage*. — Ces tombeaux peuvent être divisés en deux catégories, suivant l'époque probable à laquelle ils appartiennent et suivant leur mode d'établissement et leur contenu. Les uns remonteraient au IVe siècle av. J.-C., les autres au IXe. Ils présentent parfois des caractères les rapprochant des tombes phéniciennes. D'autres sont caractérisés par une architecture mégalithique qui rappelle des formes dérivées des dolmens. Ces tombeaux mégalithiques, en effet, sont construits de dalles, à deux étages, et couronnés de deux plaques s'appuyant obliquement l'une contre l'autre, en pseudo-fronton : le tout enfoui dans des cavités recouvertes de terre. M. Fauvelle décrit les fouilles de M. Delattre et les résultats qu'il en a obtenus. Certaines tombes contiennent des

(1) Voir plus haut cette communication *in extenso*, page 23.

© ANM

urnes avec des squelettes, parfois incinérés, ce qui les différencie des tombes phéniciennes où l'incinération n'était pas en usage. Le mobilier funéraire consiste en ornements, armes, fragments d'œufs d'autruche, lampes puniques, etc. En résumé, on distingue deux types de tombeaux : les uns renfermant des urnes ou amphores, les autres étant des monuments de pierre.

M. G. DE MORTILLET, en faisant valoir l'intérêt de ce mémoire, dit que le sol de Carthage contient des monuments d'époques diverses. Ceux que M. Delattre a mis à jour, grâce à la libéralité de M. de Vogüé, et que M. Fauvelle estime être de l'époque de la fondation de Carthage, ne contiennent pas de pièces authentiques permettant de fixer une date probable. On pourrait les rapprocher des tombes hébraïques anciennes et des phéniciennes, creusées dans le rocher; peut-être le pseudo-fronton des tombes de Carthage a-t-il trait à cette coutume : on créait une grotte artificielle en quelque sorte là où il n'en existait pas de naturelle.

M. FAUVELLE répond que ces tombes puniques sont caractérisées, les mégalithiques ainsi que celles qui contiennent des amphores, par la *lampe punique*. En outre, il y a eu incinération : les petites urnes servaient à cet usage. Les tombes de Sidon pourraient servir de terme de rapprochement à cause de la similitude du mobilier funéraire.

M. DE MORTILLET estime que la lampe funéraire, qui est la même que la nôtre au moyen âge et que celle de Syrie et de Palestine, ne peut servir de point de repère.

M. L. BONNEMÈRE cite les stations phéniciennes en Bretagne et rappelle certaines coutumes du pays breton *des Arpaganis* ou « payens » avec leur costume spécial et leur mode de coiffure à la kabyle. L'infanticide religieux y était pratiqué probablement autrefois.

M. VERRIER fait une communication sur *le peuplement primitif du Nord de l'Afrique*. — Le groupement social des populations est déterminé par une succession de zones naturelles, qui sont au nombre de quatre pour la partie septentrionale du continent africain, et caractérisées chacune par la présence et l'emploi prédominant, parfois exclusif, d'un animal domestique : cheval, chameau, chèvre et bœuf. On a ainsi la zone des nomades, cavaliers, chameliers, des pasteurs nomades et des pasteurs bouviers. Ces conditions de milieu expliquent certaines migrations, par exemple celle des Berbères dans le sud de l'Europe par le détroit de Gibraltar. L'auteur entre dans des considérations sur la valeur sociale des cheval, chameau, dromadaire, chèvre, arbre à manne ; classe les tribus géographiquement suivant leur mode de vie et décrit la forme patriarchale de la famille.

M. COLLIN présente des *ossements humains* recueillis dans des fouilles pratiquées sur la nouvelle ligne de Mantes. Parmi ces pièces osseuses, M. MANOUVRIER appelle l'attention sur un tibia fortement platycnémique, présentant en outre un caractère simien-gorillien.

Séance du 3 Juillet. — PRÉSIDENCE DE M. LABORDE.

Mme CL. ROYER, en présentant un Mémoire sur l'atome d'Epicure et de Démocrite, dit que, du jour où on posséderait une analyse quantitative exacte de la substance nerveuse, elle espérait pouvoir communiquer le schema de la constitution chimique de la cellule nerveuse.

A propos d'une observation de M. HERVÉ *sur les colorations différentes de l'iris* chez le même individu (iris gauche gris bleu, droit brun), MM. DIAMANDI, COLLIN, MANOUVRIER citent des cas analogues dont l'étude, au point de vue de l'hérédité, serait intéressante.

M. PIÉTREMENT a vu, sur le cheval et le chien, des yeux de couleur foncée correspondre à des taches de couleur claire plus ou moins grandes, taches passant sur les deux yeux en même temps ou, plus souvent, se localisant sur un œil.

M. SANSON ne connaît pas de mammifères herbivores à yeux bleus ; les yeux vairons sont une anomalie.

M. FAUVELLE présente et décrit des objets carthaginois archéologiques, de la collection de son fils, M. le Dr Fauvelle.

M. LEDOUBLE présente une pièce typique de *muscle présternal* épigastrique. Il a retrouvé cette anomalie sur 33 sujets, de 722 par lui examinés, soit dans la proportion de 5 0/0. Il l'a constatée chez le fœtus, chez l'homme et la femme, un peu plus fréquemment chez le premier. Ce muscle est une prolongation du sterno-cleido-mastoïdien ; il paraît plus développé du côté gauche. L'auteur discute les controverses et les différentes opinions sur l'homologie avec les éléments myologiques correspondants chez les animaux.

M. LEDOUBLE décrit en outre une *anomalie de formule aortique* qu'il a observée chez un sujet de race blanche (Marseille) : anomalie chez l'homme, normale chez les primates, tels que les gorille, gibbon, chimpanzé, ainsi que chez le cheval et certains carnassiers.

M. HERVÉ cite également des cas de cette anomalie régressive chez des négresses.

M. CUYER communique, avec pièces à l'appui, une série *d'anomalies musculaires*. Ce travail est présenté au nom du Laboratoire de l'Ecole des Beaux-Arts. D'abord, un muscle présternal, moins développé que le précédent, mais comprenant des faisceaux du grand pectoral. Le sternum de cette pièce est convexe du côté droit et cette courbure correspond au muscle présternal le plus développé ; le 8e cartilage y rejoint également le sternum. D'autres anomalies observées sur 4 sujets : 1° *Anomalie osseuse des deux premières côtes du côté droit*. Le bord externe de la première côte est pourvu d'une apophyse s'appliquant, par une surface articulaire, à une apophyse supérieure pareille de la deuxième côte. Cette disposition rappelle la même structure du squelette des oiseaux et du caïman. 2° *Un muscle radio-métacarpien* (sur les deux avant-bras d'un même sujet) inséré sur la face externe du radius et allant au métacarpien où, au niveau du carpe, il s'insère par un tendon près du palmaire. Testut assimile ce muscle au pronato-fléchisseur des urodèles. 3° *Muscle extenseur surnuméraire du pouce* sur l'avant-bras gauche : il va de l'extenseur commun au long extenseur du pouce. C'est l'huméral du pouce de Testut. La même pièce montre un *extenseur propre du médius*. Testut signale cette richesse d'extenseurs chez les primates. 4° *Anomalie du court péronier latéral* du pied droit. Un faisceau charnu, ajouté au muscle, est en connexion avec le muscle pédieux : ce serait un 5e faisceau du pédieux. Le pied gauche du même sujet n'a pas de *tendon métatarsien*. 5° Pièce particulièrement riche *en tendons du pied*. Le muscle péronier antérieur est anormal : il va jusqu'en haut du péroné, est très long et possède trois tendons dont l'un va jusqu'au 5e orteil et les autres au 5e métatarsien. L'extenseur commun et l'extenseur propre du gros orteil ont des tendons anormalement nombreux.

M. CHUDZINSKI assimile cette richesse de dédoublement à la structure de la jambe des singes quadrupèdes.

M. LABORDE fait une communication sur les *fonctions du cervelet*. Historique rapide des hypothèses émises ; mais il faut élucider la question sur le terrain expérimental. Le cervelet a trop longtemps été considéré comme trop indépendant quant à sa masse cérébelleuse et on n'a pas tenu compte suffisamment de ses prolongements ou pédoncules cérébelleux. Toutes les fois que la lésion porte sur la substance grise cérébelleuse, il y a réponse négative, et la masse est sans réaction sensible ; mais dès qu'on atteint les pédoncules, on observe des troubles de motricité et de l'incoordination des mouvements. Quand on excite l'un ou l'autre des prolongements cérébelleux, il y a déséquilibration du système moteur. Suivant le point où porte la lésion il y a entraînement unilatéral, roulement sur l'axe ou bien mouvement de manège en rayon plus ou moins rapproché suivant l'animal. M. Laborde discute les trois périodes de l'expérimentation de Lucciani, qui ne s'est pas assuré suffisamment s'il y a réellement déperdition de force musculaire, comme le veut sa théorie. A l'aide d'un dynamomètre spécial, M. Laborde réfute l'opinion de Lucciani et, d'accord avec les observations cliniques sur l'ataxie locomotrice conservant la force de la musculation, fait voir que le pigeon, par exemple, une fois les suites du traumatisme suffisamment réparées, accuse une force moyenne de 255 à 260 grammes au dynamomètre. Le terme d'ataxie cérébelleuse de Lucciani est mal choisi, car la force musculaire conservée est en forte disproportion avec l'incoordination des mouvements.

M. SANSON dit que la source de la force motrice est dans les muscles, qui la prennent dans les aliments. Le muscle a lui-même son énergie propre.

© ANM

M. Laborde distingue la tonicité qui intéresse le système nerveux, différente de la force musculaire.

M. G. de Mortillet a étudié les variétés de coquilles, de l'espèce *Helix* notamment, et leurs variations suivant le milieu. Les variétés peuvent former des colonies et devenir des *races*, exemple : l'*Helix innomata*. Les colorations, la forme du péristôme, etc., varient suivant le milieu. L'*Helix pomatia* enroule sa spire, soit de droite à gauche, soit inversement. A propos de gauchers et de droitiers, M. de Mortillet a essayé, d'après la forme des grattoirs dont se servaient les hommes préhistoriques, de déterminer le nombre des uns et des autres à l'époque préhistorique. Sur 327 grattoirs néolithiques il en a trouvé 105 de droitiers, 197 de gauchers et 52 incertains : soit environ deux fois plus de gauchers que de droitiers. Dans les habitations lacustres, le nombre est à peu près partagé également, et, dans le Nord, les gauchers augmentent.

G. Capus.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 3 juillet 1890. — Présidence de M. Polaillon.

Hémorrhagie vaginale chez une enfant de 3 ans.

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

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

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

M. le Dr Henri Picard présente *quatorze calculs du poids total de 100 grammes, retirés par la taille hypogastrique de la vessie d'un vieillard de 87 ans*. Malgré cet âge si avancé et un cœur présentant de fréquentes intermittences, malgré deux hernies inguinales énormes, l'opération ne présenta aucune difficulté. La température ne dépassa jamais 37°,2 et la plaie ayant été liée en masse, sans suture de la vessie, cette dernière, qui avait dû livrer passage à un calcul de 4 centimètres sur 5, était complètement cicatrisée le neuvième jour. Le onzième jour, le malade put sortir. Il est mort trois semaines plus tard, d'une brûlure que l'infirmière maladroite lui fit avec de la solution forte d'acide phénique.

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

De l'association de la cocaïne et de l'extrait thébaïque pour combattre les vomissements dans la tuberculose pulmonaire et dans diverses maladies chroniques.

M. Tison. — Il arrive très souvent que les tuberculeux vomissent tous leurs aliments, car leur estomac ne peut rien supporter. Je me suis très bien trouvé, dans ces circonstances, de leur administrer des pilules contenant chacune un centigramme de chlorhydrate de cocaïne et un centigramme d'extrait thébaïque. En général, il est bon d'en faire prendre une dix minutes avant l'ingestion des aliments et des boissons. Cinq à six pilules par 24 heures suffisent à arrêter les vomissements. Quand on descend à trois, l'efficacité laisse à désirer. C'est une observation que j'ai faite plusieurs fois sur un tuberculeux arrivé à la dernière période. Je me suis également très bien trouvé de cette médication, dans un cas de gastrique hystérique chez un homme. Ce malade, qui ne pouvait supporter aucun aliment, a pu manger sans vomir, après trois jours de l'administration de ces pilules. Cette médication m'a encore réussi dans d'autres maladies accompagnées de vomissements.

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

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

Le Secrétaire des séances : Dr G. Guelpa.

CORRESPONDANCE

Organisation de la Pharmacie des bureaux de bienfaisance.

Nous avons publié (n° 24 du *Progrès Médical*) un article sur l'organisation de la pharmacie dans les bureaux de bienfaisance, à propos du procès intenté par le syndicat des pharmaciens de Rouen à la commission administrative et à la municipalité de cette ville. A propos de cet article, nous avons reçu la lettre suivante de M. Soudan.

Monsieur le Dr Bourneville, directeur du Journal le *Progrès médical*.

Vous avez eu l'amabilité de m'envoyer le numéro du *Progrès médical*, où il est question du procès intenté par le syndicat des pharmaciens de Rouen. La Cour de cassation et la Cour de Caen ayant démontré le bien fondé de nos réclamations, les citations qui suivent vous prouveront, j'en suis persuadé, que le syndicat a entrepris une œuvre véritablement humanitaire. Le *Nouvelliste de Rouen* des 26 et 27 mai 1890 terminait ainsi un article sur les dispensaires. Cet article n'a pas été démenti.

« En 1881, les dispensaires n'existaient pas; la mortalité, à Rouen, des enfants était de 29; en 1882, elle descend à 20; en 1883, date de leur création, elle monte à 32; en 1884, elle est de 35 et aujourd'hui elle passe 40, elle est de 42 0/0. C'est pour arriver à ce résultat que la ville de Rouen dépense, pour les dispensaires *seuls*, trois cent quarante mille francs et quatre cent cinquante mille francs pour les hospices. Dans ces chiffres, ne sont pas compris les frais d'établissement des cinq dispensaires qui ont coûté deux cent cinquante mille francs à construire.

« M. le Dr Panel, chef du bureau d'hygiène de la ville de Rouen, dit, dans son rapport sur la mortalité à Rouen : Le tableau n° 27 est plus instructif; il présente le taux 0/0 des maladies transmissibles pour Rouen, en comparaison des autres villes..... Il nous montre enfin que si le taux 0/0 des décès à Rouen est supérieur à celui des autres villes, il ne faut point accuser, cette année du moins, les maladies épidémiques ou endémiques transmissibles, mais la mortalité des enfants (Rapport pour 1888. Le rapport pour 1889 conclut dans le même sens). »

Quant aux décès des enfants, aucune ville n'est aussi malheureuse que la nôtre, car nous avons pour proportion 10 0/0, tandis que la proportion la plus élevée des autres villes n'est que de 8, que Londres descend à 4 et Lyon à 2. Est-ce pour arriver pour toute la France au même résultat qu'à Rouen, que M. le ministre de l'intérieur, d'accord avec M. le Dr Napias, a déposé son projet de loi? Il est permis de ne pas le supposer. Je suis persuadé, Monsieur le Directeur, que vous voudrez bien publier ces quelques lignes et vous prie de croire à toute ma considération.

Le président du syndicat, E. Soudan.

Nous avons cru devoir communiquer cette lettre à M. le Dr Panel, qui nous a envoyé la réponse suivante :

Rouen, le 23 juin 1890.

Monsieur et très honoré Confrère,

Je m'empresse de vous fournir les éclaircissements que vous me demandez sur la statistique médicale de la ville de Rouen. D'abord au sujet d'un article du journal *Le Nouvelliste de Rouen*, ainsi conçu :

« En 1881, les Dispensaires n'existaient pas, la mortalité à Rouen des enfants était de 29 0/0; en 1882, elle descend à 20 0/0; en

© ANM

1883, date de leur création, elle monte à 32 ; en 1884, elle est de 35, et, aujourd'hui, elle passe 40, elle est de 42 0/0 ».

Ce dernier chiffre est le seul qui soit relevé dans les statistiques que je suis chargé de publier ; il est malheureusement exact et constitue pour notre ville l'expression d'une calamité permanente. Cette proportion des décès d'enfants est établie comparativement au nombre des naissances et non pas au nombre total des décès de l'année, et il ne peut exister aucun doute, car j'ai fait précéder les chiffres de cette observation (Rapport sur l'année 1888, p. 38). « En prenant pour proportion le nombre de *naissances* et de *décès* sur les enfants *au-dessous d'un an*, si l'on veut admettre qu'il puisse y avoir compensation, on trouve..... »

Les autres taux pour 100 ont-ils été établis avec les mêmes garanties d'exactitude et sur les mêmes bases, je ne saurais le dire, je ne connais pas ces chiffres, et, si j'avais à m'occuper de ce sujet, je ne les accepterais pas sans les contrôler jusque sur les certificats des décès.

Pour les années 1888 et 1889, j'ai fait tenir les registres du Bureau d'hygiène, de façon à pouvoir y trouver tous les renseignements désirables ; mais, antérieurement, il n'y avait pas de médecin-directeur du service, et par suite pas de statistique médicale. Puisque vous me demandez quelle signification j'attribue à ce chiffre de 42 0/0 de mortalité infantile, nous allons être conduits, par les termes mêmes de mes rapports, à une conclusion bien différente.

Dans mon rapport de l'année 1888, je dis, en effet, que la mortalité des enfants du premier âge doit attirer l'attention des autorités publiques, bien plutôt que la mortalité par maladies contagieuses, et ce même rapport montre que les enfants qui meurent le plus sont les enfants illégitimes, nés dans la classe pauvre. Voici le tableau qui se trouve à la page 38.

Nombre de naissances légitimes. . . .	2.222	30,87 0/0
Nombre de décès d'enfants légitimes. .	686	
Nombre de naissances illégitimes. . .	672	56,69 0/0
Nombre de décès d'enfants illégitimes.	381	

Dans le rapport de 1889, je répète, ainsi que le dit votre correspondant, que la mortalité des enfants du premier âge est le point fixe qui doit occuper tout hygiéniste dans notre ville ; mais pourquoi ne vous a-t-on pas cité ce passage qui complète le tableau que je viens de rappeler. Il se trouve page 13 du rapport pour 1889 :

« Ainsi, l'augmentation totale des naissances est de 67 et l'augmentation spéciale des naissances légitimes est de 101. Cette considération n'est pas sans présenter un grand intérêt, car nous remarquerons que la mortalité des enfants illégitimes de moins d'un an était l'année dernière de 56,69 0/0
tandis que la mortalité des enfants légitimes n'était que de . . . . . 30,87 0/0.

« Cette année, ces mêmes chiffres se répètent :

« La mortalité des enfants illégitimes est de. . . 48,58 0/0
et celle des légitimes de . . . . . 26,13 0/0.

« De même que l'année dernière, la proportion de naissances légitimes, considérée soit pour la ville, soit pour l'hospice, offre un contraste remarquable. Sur 2.323 naissances légitimes, 269 seulement ont eu lieu à l'hospice, soit 11,58 0/0
et sur 638 naissances illégitimes, 431 ont eu lieu à l'hospice, soit une proportion de . . . . . 67,55 0/0.

« Ces chiffres concordent bien avec ceux de l'année dernière ; ils indiquent que les enfants illégitimes naissent le plus souvent dans la classe pauvre et donnent une cause aux chiffres élevés des décès qui frappent ces enfants. »

Mon rôle est de donner des chiffres et non pas de les faire servir à telle ou telle cause ; cependant, il me paraît évident que ces décès d'enfants ne sont pas imputables aux dispensaires dont le rôle envers ces êtres chétifs se résume à leur fournir du lait de bonne qualité ; ce qui n'est et ne sera jamais, je crois, considéré comme une cause pouvant augmenter la mortalité des enfants. C'est dans cet esprit que j'ai, dans les dernières phrases de mon rapport pour 1889, dit (page 22) : « Les produits les plus falsifiés, tels que le vin, le lait et le cidre doivent non seulement n'être pas nuisibles, mais être utiles, et c'est de la qualité du lait que dépend, en grande partie, la santé des enfants du premier âge. »

Si les enfants qui meurent sont les enfants pauvres, si le remède à cette calamité est le lait, et si les dispensaires donnent de bon lait, comment peut-on en conclure que la mortalité excessive est due aux dispensaires ? Je crois pouvoir dire, au contraire, qu'en présence de la mortalité infantile qui nous décime, le but que se proposent les dispensaires de fournir aux enfants indigents, du lait, du feu, des vêtements et des soins médicaux paraît amplement justifié, et, si je ne m'adressais pas à un médecin, j'ajouterais : que sont, à cet âge, les médicaments à côté de la qualité du lait ?

En résumé, j'ai dit et je répéterai que la mortalité des enfants à Rouen est notre principal fléau ; mais je défie que l'on puisse trouver dans ce que j'ai écrit rien qui permette d'en incriminer les services de l'Assistance publique.

Quant aux chiffres, je garantis ceux des années 1888 et 1889, pendant lesquels j'ai été chargé de la statistique ; les autres, je conseille à tous ceux qui veulent s'en servir de les contrôler.

Veuillez agréer, etc. Dr PANEL.

Nous n'avons rien à ajouter à la réponse de M. Panel en ce qui concerne le rôle des dispensaires par rapport et les enfants nouveau-nés. Quant à la question elle-même, c'est-à-dire la distribution des médicaments par les hôpitaux, les bureaux de bienfaisance, etc., sous la direction du pharmacien de ces établissements aux malades privés de ressources, elle n'a pas été abordée par M. Soudan. Nous persistons à croire que les pharmaciens devraient diriger leur action : 1° contre la *vente* des médicaments par les hôpitaux ou hospices ; 2° contre la vente ou même la distribution gratuite des médicaments par les congrégations religieuses, qui ne paient pas de patentes, et dont les membres ne possèdent aucun diplôme. B.

BIBLIOGRAPHIE

Epilepsie. Folie épileptique ; par le Dr J. CHRISTIAN. — Masson, Paris 1890.

Le Dr Christian vient de publier, sur l'Epilepsie et la Folie épileptique, un travail que l'Académie royale de médecine de Belgique a récompensé en décernant à l'auteur un prix important. Ce travail, fruit d'une longue expérience, est un traité complet où les médecins trouveront, sous une forme concise et attrayante, les notions qu'il leur importe d'avoir toujours présentes à l'esprit. Nous devrons nous contenter dans cette analyse de quelques lignes rapidement tracées. Dans un court aperçu, l'auteur nous fait suivre l'épilepsie à travers les âges et nous explique les différentes théories et les croyances auxquelles cette mystérieuse affection a donné naissance. L'élément caractéristique de l'épilepsie n'est pas la convulsion, puisqu'il existe des épilepsies non convulsives ; c'est la perte de connaissance qui en est le symptôme pathognomonique. L'épilepsie est une et identique dans sa nature et elle doit être considérée comme un symptôme qui accompagne un grand nombre de maladies et qui peut se combiner avec des éléments morbides différents pour former des variétés multiples. La division d'Esquirol (épilepsie essentielle, symptomatique et sympathique ou réflexe) répond actuellement encore aux besoins de la clinique. La première partie de l'important mémoire du Dr Christian est consacrée à l'étude de l'accès épileptique, grande attaque, absence, vertige, et à celle de la physiologie pathologique et de l'anatomie pathologique. — La deuxième partie nous fait connaître les nombreuses variétés d'épilepsies, les affections épileptiformes, les épilepsies symptomatiques, traumatiques, syphilitiques, alcooliques, etc...., les épilepsies réflexes, l'épilepsie Jacksonnienne. L'étiologie peut se résumer dans les propositions suivantes : *Epilepsie vraie*, malformation congénitale (influence héréditaire) ; *Affections épileptiformes*, causes variées, bien déterminées par chaque variété (centrales, épilepsies symptomatiques, périphériques, épilepsies réflexes). — Après avoir discuté le diagnostic et le pronostic, l'auteur, dans la troisième partie, décrit les troubles psychiques et la folie épileptique qu'Esquirol, Morel et Falret ont surtout contribué à nous faire connaître. Morel a montré que la folie épileptique a des symptômes qui lui sont propres ; ce n'est pas seulement l'épilepsie ordinaire compliquée d'un élément nouveau, le délire, mais c'est la né-

© ANM

vrose transformée. Le délire peut remplacer la convulsion : c'est l'épilepsie larvée de Morel. Sous ce terme, on a confondu les états morbides les plus disparates : aussi l'existence d'accidents épileptiques concomitants doit seule permettre d'établir la nature du délire épileptique. En dehors du délire épileptique spécial, toutes les formes de folie peuvent se produire chez les épileptiques. On a cherché à expliquer cette prédisposition par la fréquence des accès, l'influence néfaste des vertiges signalée par Esquirol, mais c'est dans les prédispositions congénitales ou acquises bien plus que dans les modalités variables du mal épileptique lui-même, qu'il faut chercher les conditions favorables à l'explosion d'un délire chronique.

Le traitement et un chapitre sur la médecine légale terminent l'excellent ouvrage du Dr Christian que des observations intéressantes, beaucoup de méthode dans l'exposé et la discussion de faits souvent arides rendent particulièrement attrayant. L'auteur, et il faut l'en féliciter, a voulu rester fidèle à la devise qu'il avait choisie : *Ordo lumen accendit.*

J. DAGONET.

La femme pendant la période menstruelle; étude de psychologie morbide et de médecine légale ; par le Dr ICARD. — Alcan, éditeur.

Dans cette étude, l'auteur part de ce principe : la femme est une malade, mais elle l'est surtout à certaines époques qui, douze ou treize fois par an, lui rappellent douloureusement son sexe et le rôle qu'elle a à remplir. On a étudié l'influence de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement sur le moral de la femme, et c'est un fait acquis aujourd'hui et admis par la science, que ces divers états physiologiques peuvent soustraire momentanément la femme à l'empire de sa volonté. Existe-t-il aussi une relation entre la fonction menstruelle et les fonctions psychiques? Le Dr Icard répond par l'affirmative et formule son opinion en ces termes : *La fonction menstruelle peut, par sympathie, surtout chez les prédisposées, créer un état mental variant depuis la simple psychalgie, c'est-à-dire le simple malaise moral, la simple inquiétude de l'âme jusqu'à l'aliénation, à la perte complète de la raison, et modifiant la moralité des actes depuis la simple atténuation jusqu'à l'irresponsabilité absolue.*

Pour le Dr Icard, la menstruation fait partie de l'état puerpéral et peut intervenir dans l'étiologie des folies puerpérales au même titre que la grossesse, l'accouchement et l'allaitement. La menstruation se rapproche plutôt de l'état pathologique que de l'état physiologique ; elle n'est pas une fonction, mais une simple manifestation d'une fonction très importante, l'ovulation, fonction presque toujours difficile et douloureuse.

L'influence du cerveau sur la menstruation est évidente; la réciproque est également vraie et il existe une influence de la menstruation sur le cerveau. Telles sont les propositions que développe l'auteur, non sans talent; un assez grand nombre d'observations, les unes concluantes, les autres de peu de valeur à cause de leur concision et de leur peu d'importance, viennent appuyer sa manière de voir. L'ouvrage se termine par quelques considérations de médecine légale dans lesquelles est indiqué le rôle considérable que peut jouer la menstruation au point de vue de la responsabilité ; M. Icard ne va pas jusqu'à dire que la coïncidence de la menstruation avec l'acte coupable doit faire admettre l'irresponsabilité, mais il insiste pour que, dans les affaires criminelles, l'expert étudie avec le plus grand soin et dans tous ses détails l'histoire physiologique et pathologique de la menstruation chez l'accusée. Cette étude, faite avec tout le soin nécessaire, pourrait, dans certains cas, devenir la base d'une preuve sérieuse qui permettra à l'expert de se prononcer sur le degré de responsabilité de l'inculpée.

G. PELTIER.

HÔPITAL DIRIGÉ PAR DES FEMMES. — On va créer à New-York un second hôpital de femmes exclusivement administré par des femmes, comme administrateurs et comme médecins. Ce sera le huitième établissement de ce genre qui fonctionnera aux Etats-Unis, où des établissements médicaux confiés aux femmes existent déjà à New-York, à Philadelphie, à Chicago, à San-Francisco, à Cincinnati et à Minneapolis.

VARIA

Obsèques de M. le Dr Paul LOYE.

Notre pauvre camarade P. Loye est mort le samedi 5 juillet, à l'âge de 29 ans, et lundi dernier nous assistions à ses obsèques. Ses maîtres et ses amis, qui l'appréciaient et le chérissaient tant, ont dit sur son cercueil avec une émotion bien touchante quel savant nous perdions, quel ami nous quittait, quel républicain notre pays voyait disparaître ! Quant à nous, dont il dirigea avec tant de bienveillance les premiers pas à la Sorbonne, qui avons passé à ses côtés de si beaux jours dans cette Afrique dont il entrevoyait, lui aussi, tout l'avenir, nous ne pourrons jamais oublier ce gai compagnon de route, ce collaborateur si dévoué et si sûr, qu'une affection terrible, une endocardite infectieuse, vient de terrasser en quelques mois, malgré les soins si empressés et si affectueux de son maître, M. le Pr Brouardel, malgré les veilles de tous ceux qui l'assistèrent dans sa longue et douloureuse maladie.

Les lecteurs du *Progrès médical* ont pu apprécier Paul Loye par la façon dont il faisait dans ce journal les comptes rendus de l'Académie des sciences, par les articles, au style alerte et clair, à la fois charmant et vigoureux, qu'il publia ici. Ceux qui ont pu le lire dans les journaux politiques (*La République française*, le *National*, etc.) auquel il collabora, savent que ses succès littéraires de jeune homme ne s'étaient pas démentis plus tard, malgré son passage à la Sorbonne et son culte inébranlable pour les sciences exactes.

Comme l'a dit M. le Pr Brouardel, notre malheureux ami, venu à Paris sans fortune, eut le courage de vouer sa vie entière à la science la plus ingrate, d'embrasser la carrière la moins rémunératrice en notre pays ; et, malgré cela, il se priva souvent lui-même pour secourir de plus humbles. On sait de quoi sont capables les vaillants caractères : celui qui vient de disparaître en était un.

Paul Loye naquit à Pontarlier en 1861. Ses parents, de situation fort modeste, lui firent commencer ses études au collège de Pontarlier; plus tard, il les termina comme boursier au lycée de Besançon où il se fit remarquer par ses succès dans les lettres. Ses diplômes conquis, il vint à Paris pour étudier la pharmacie qu'il abandonna bientôt pour les sciences naturelles et l'étude de la médecine. M. Dastre, dans le discours qu'il a prononcé à ses obsèques, a retracé la vie scientifique de notre cher ami. Qu'il nous suffise de rappeler ici les principaux articles qu'il signa dans le *Progrès médical*, en dehors de sa collaboration régulière à l'*Année médicale*, et les quelques communications qu'il eut le temps de faire dans les Congrès où il se rendit et à la *Soc. de Biologie*.

Paul Regnard et Paul Loye : *Expériences sur un supplicié* (1885). — Paul Regnard et Paul Loye : *Recherches faites à Amiens sur les restes d'un supplicié* (1887). — Paul Loye : *Le service militaire des étudiants en médecine engagés conditionnels* (1887). — *Le Musée de médecine légale de Vienne* (1888). — *Le service militaire des étudiants en médecine en Autriche et en Allemagne* (1888). — *L'enseignement médico-légal dans les Universités allemandes* (1888). — *Remède contre le mal de mer : Calage du corps* (1888). (Voyez aussi *Revue scientifique*). — *La mensuration des os longs en médecine légale* (1889).

Diverses communications sur des *Recherches expérimentales sur la tête des animaux décapités* (*Soc. de Biol.*, p. 312, 352, 354, 1887). — *Influence du sommeil anesthésique sur l'activité des combustions respiratoires* (*Société de Biol.*, 1887, page 778). — *Contribution à l'étude du nœud vital* (*Soc. de Biol.*, 1888, p. 581 et 651). — *La mort par la décapitation*, thèse de doctorat en médecine, 1888. — *Injection d'eau dans les veines; — mécanisme de la mort dans la décapitation* (*Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences à Oran*, mars 1888.) — *Etudes sur la sécrétion urinaire chez les oiseaux* (*Congrès de physiologie de Bâle*, septembre 1889.) — *Enseignement de la médecine légale en Allemagne et en Autriche* (*Annal. d'hygiène et de médecine légale*, 1889 (Rapport sur une mission scientifique (été 1888), p. 45 et 296)., etc., etc.

© ANM

Les obsèques de Paul Loye ont eu lieu lundi dernier, à 3 heures 1/2. Le corps a été transporté directement à la gare de Lyon, pour être inhumé à Pontarlier, sa ville natale. Un grand nombre de couronnes recouvrait le char funèbre. Une délégation de surveillantes et d'infirmières de la Salpêtrière a assisté à la levée du corps ; une autre se trouvait à la gare de Lyon à l'arrivée du convoi.

Parmi les personnes présentes, nous avons remarqué M. le Pr Brouardel, doyen de la Faculté de Médecine, et Mme Brouardel, qui avait toujours donné à notre regretté camarade les preuves de l'affection la plus dévouée ; M. le Pr Dastre et M. le Pr Velain, de la Faculté des Sciences ; M. le Pr Guignard, de l'Ecole de Pharmacie ; MM. les Drs R. Blanchard, E. Gley, Retterer, Tuffier, professeurs agrégés à la Faculté de Médecine ; M. le Dr Regnard, M. le Dr Charrin, médecin des Hôpitaux ; M. le Dr Bourneville ; M. Dionys Ordinaire, député du Doubs ; M. Phisalix ; Mme le Dr Sollier ; M. le Dr Delbet, prosecteur à la Faculté ; les élèves des laboratoires où travaillait Loye, etc., etc., et la Rédaction du *Progrès Médical*.

A la gare de Lyon, plusieurs discours ont été prononcés.

M. le Pr Brouardel, doyen de la Faculté de médecine, le maître vénéré de notre cher camarade, a prononcé, les larmes aux yeux, le discours suivant :

Messieurs,

« Au nom des amis et des maîtres de Paul Loye, je viens lui dire un dernier adieu. Ce qui distinguait notre pauvre ami, c'était une intelligence hors ligne, qui n'était pas limitée aux choses qu'il étudiait spécialement : rien de ce qui était beau, rien de ce qui était noble, ne lui était étranger.

Dans la science qu'il avait choisie, dans les choses qui l'intéressaient, il appliquait ses facultés avec la netteté d'un appareil de précision. Il savait envisager immédiatement les questions par leur côté scientifique et général et distinguer le vrai du faux. Les solutions qu'il a laissées, et qu'il est inutile de rappeler ici, resteront des vérités. Ce n'est pas seulement à cause de son intelligence que nous pleurons Paul Loye. C'était un beau caractère, fait de dévouement et de désintéressement, ayant été jusqu'au sacrifice de lui-même. Et la science qu'il avait choisie était la science sans compensation. La vie lui avait été dure. Il part au moment où il voyait enfin la carrière s'ouvrir devant lui. Cette séparation laisse dans notre cœur une plaie qui ne se cicatrisera jamais. Adieu ! »

M. le Pr Dastre, dont Paul Loye avait été le préparateur à la Sorbonne, a retracé en ces termes la vie scientifique de notre pauvre ami :

« C'est le moment, Messieurs, de nous séparer de notre malheureux ami, qui désormais ne sera plus pour nous qu'un souvenir. Le compagnon alerte, aimable, ardent, qui vivait à nos côtés, qui agissait près de nous, qui pensait et travaillait avec nous, n'aura plus de forme matérielle et visible. Il n'aura plus d'existence que dans notre pensée ; c'est là, en nous-mêmes, que nous le retrouverons et que nous pourrons l'aimer encore.

Nous nous inclinons devant la fatalité de la mort. Nous savons que le temps est mesuré à chacun. Mais si notre raison nous plie à cette nécessité, notre cœur, hélas ! prend moins facilement son parti de ces douloureuses séparations. Il lui est dur de voir disparaître ce jeune homme, rempli de qualités attachantes et remarquables.

Il avait suivi droitement une vie droite, honnête et laborieuse : il y avait marché avec succès. Le premier de ces succès qui l'avait signalé à notre attention est celui qu'il obtint dans la difficile épreuve de la licence ès sciences naturelles. En 1883, il y était admis le premier de la liste. Il entrait bientôt après dans notre laboratoire de physiologie et il orientait définitivement son activité dans cette direction. Exact, consciencieux, l'esprit très ouvert, il était immédiatement apprécié de Paul Bert, qui lui confiait l'exécution de quelques-uns de ses travaux. Plus tard, M. Brouardel, l'éminent doyen de la Faculté de médecine, l'associait à d'importantes recherches intéressant la médecine légale. Moi-même, je ne puis oublier qu'il a été pour moi un actif collaborateur.

Tout en poursuivant ses travaux, il acquérait le diplôme de doctorat en médecine. Il travaillait à une thèse de doctorat ès sciences, pour laquelle il avait assemblé de précieux matériaux. L'Académie des sciences, après la Faculté et après la Société de Biologie, lui décernait un prix important pour ses recherches sur la décapitation. Il arrivait ainsi, sûrement et loyalement, par son mérite et son labeur, à se faire une place, tous les jours grandissante, dans le milieu scientifique.

L'avenir s'ouvrait riant devant lui. La phase ingrate des débuts, phase si pénible dans la voie scientifique, était traversée. Les incertitudes, le découragement, le doute de ses propres forces, qui envahissent l'esprit le mieux fait en face de la difficulté des tâches à accomplir, l'humilité des fonctions subalternes, tout cela avant la trentième année, était déjà derrière lui. Devant lui, mûrissait la moisson prochaine. Il venait de gravir un difficile échelon. Le Directeur de l'enseignement supérieur, rendant justice à son mérite, venait de le nommer maître de conférences à l'Ecole des Hautes-Etudes.

C'est au moment où il avait eu à peine le temps de savourer cette grande joie, qu'il disparaît. Un accident nous l'enlève, dont aucun effort n'a pu conjurer la fatalité. Ni les soins affectueux et touchants de sa famille et de ses amis, ni les secours intelligents des plus savants médecins, n'ont pu barrer la route à ce mal accidentel et redoutable.

C'est une des pires tristesses dont nous puissions avoir le spectacle que cette mort en pleine jeunesse. Lui, comme nous, philosophe et physiologiste, il ne réclamait rien à la nature que ce qu'elle nous doit. — Elle nous doit le Temps ; le reste nous regarde. — Nous ne lui demandons que de suivre sa loi, qui nous assure une durée normale d'existence, une jeunesse, une maturité, une vieillesse plus ou moins courte et la mort. Ainsi, Paul Loye, comptant sur ses propres forces, n'espérant en aucune faveur que dans le délai qui nous est raisonnablement imparti, avait placé sur l'avenir : il avait laborieusement semé dans le temps de sa jeunesse.

Peine inutile. La fatalité a rompu le pacte : et, devant cette faillite, ce manque de foi, nous sentons s'élever en nous, de ce fond de notre âme où s'est réfugié le sentiment irréductible d'une justice idéale, comme une protestation amère et douloureuse.

Mais qu'un autre sentiment vienne atténuer l'amertume de ces réflexions. Evoquons une dernière fois, dans sa simplicité aimable, l'honnête, l'intelligente figure de notre ancien compagnon. Et, en nous séparant de lui, mettons seulement, dans notre éternel adieu, un sentiment cordial, indulgent et attendri qui adoucira nos ressouvenirs. »

M. Dionys Ordinaire, député du Doubs dont Loye était originaire, un de ceux qui avaient su les premiers apprécier les mérites de notre collaborateur, n'a pu, tant son émotion était grande, que dire les quelques mots suivants :

« Mon pauvre ami, au nom de ceux qui t'aimaient, je viens te dire un dernier adieu. Que d'espérances tu emportes ! quels regrets tu laisses ! quel avenir s'ouvrait devant toi ! »

Puis M. Bourneville s'est exprimé en ces termes :

« Mesdames, Messieurs, c'est au nom de la Rédaction du *Progrès Médical* que je viens, à mon tour, dire un dernier adieu à notre malheureux ami. Après les paroles si touchantes de mon ami Brouardel, son maître, et l'appréciation si juste des qualités qui distinguaient celui que nous pleurons tous, que puis-je ajouter ? Ce n'est pas le moment de rappeler sa part de collaboration au *Progrès Médical*, qui remonte à 1885, les travaux scientifiques ou critiques qu'il y a publiés. Mais je puis dire que dans nos réunions hebdomadaires, tous mes collaborateurs, ses camarades ou ses amis, ont pu apprécier les hautes qualités de Loye ; ils avaient pu constater l'étendue de son savoir, la rectitude de ses idées, son empressement à se mettre gracieusement à la disposition de ceux qui faisaient appel à ses connaissances, l'amabilité de son caractère. Il était républicain et n'hésitait pas à soutenir ses opinions, chose qui n'est pas commune dans le monde scientifique.

Ce n'est pas seulement au nom du *Progrès médical* que je dois parler ; c'est aussi en votre nom, Mesdames et Mesdemoiselles, déléguées de l'Ecole municipale d'infirmières de la

© ANM

Salpêtrière, dont Paul Loye était l'un des professeurs, depuis 1887. Il avait compris la haute portée sociale de cet enseignement et il s'était empressé de répondre à mon appel pour vous apprendre les éléments d'une science à laquelle il a surtout consacré ses études. Sa parole claire, imagée et élégante, vous rendait aisément compréhensibles les notions élémentaires de la physiologie humaine. Vous l'écoutiez avec plaisir et sans fatigue et vous profitiez d'autant plus de ses leçons.

Vous garderez dans votre mémoire le souvenir de votre maître, et vous n'oublierez jamais les services qu'il a rendus à vous et à vos compagnes.

Mon ami Loye, adieu ! »

Voici l'allocution prononcée, au nom de ses amis, par M. E. Gley, professeur agrégé à la Faculté de médecine :

Messieurs,

« Les qualités d'ami de Loye étaient telles et sont si bien connues que l'on aurait le droit de s'étonner, si l'un de ses amis ne lui adressait au nom de tous un dernier adieu. Les hasards de la vie m'ont fait pénétrer dans son intimité un peu plus tardivement que quelques autres ; mais ni Charrin, par exemple, ni Guignard, ni Roux, ou d'autres encore ne peuvent assez maîtriser leur émotion pour parler ; et il arrive que, l'âme plus forte en apparence, alors qu'en réalité elle n'est sans doute pas moins abattue, je dois prendre, à l'improviste, le soin d'exprimer ce que nous ressentons tous devant cette mort si cruelle.

Nous nous sommes trouvés cinq ou six à le soigner, dès le début jusqu'à l'extrême fin de cette maladie inattendue, à le visiter journellement, continuant ainsi à jouir de notre amitié, mais, hélas ! aussi forcés de suivre les progrès terribles du mal ; tous, cependant, auraient voulu s'adjoindre à nous, voir encore notre ami, causer encore avec lui, et nous considéraient comme privilégiés. C'est que tous nous connaissions si bien et estimions si haut ses rares qualités de cœur, et surtout celles qui le caractérisaient, son entraînante gaîté et sa loyauté profonde ! Aussi la perte que font ses amis est-elle irréparable : tous la jugent telle en pleurant.

Ses maîtres, qu'il faut appeler eux aussi ses amis, M. Brouardel et M. Dastre, viennent de dire ce qu'avait déjà été sa vie scientifique ; la nature, trop souvent inclémente aux destinées qui s'annoncent belles, a brisé cette vie ; mieux que personne peut-être, nous, les compagnons journaliers, nous savions quelles étaient les ressources intellectuelles de Loye ; et, nous remémorant ses travaux accomplis et songeant à ceux qu'il avait commencé d'exécuter, nous répétons avec amertume la parole si triste du poète, que « les fruits auraient passé la promesse des fleurs », quelque belles d'ailleurs que fussent ces fleurs de sa vie scientifique.

Voilà pourquoi notre douleur est si grande de perdre un tel ami et si cher, et notre adieu si ému ! » Marcel B.

Le Choléra en Espagne.

La situation sanitaire ne paraît pas empirer en Espagne, bien qu'il se produise des cas nouveaux tous les jours. Les nouveaux postes sanitaires de Dancharinea, d'Arneguy et de Port-Urdos, fonctionnent très bien. Des élèves de la Faculté de médecine de Bordeaux se sont rendus dans ces trois localités. D'après les dernières nouvelles, l'épidémie semble stationnaire dans la province de Valence : à Gandia, on ne signale aucun nouveau cas ; mais soixante-dix pour cent des personnes déjà atteintes meurent. A Madrid et à Barcelone il y a eu des cas de diarrhée cholériforme.

Dans la province de Valence, on continue à exercer une surveillance active. A Cette, où les relations avec la province de Valence sont nombreuses, une étuve de désinfection vient d'être installée au lazaret. On doit en établir également une, aujourd'hui, à Villefranche-de-Conflent. Par suite de mesures sanitaires, le service des colis postaux vient d'être suspendu entre l'Espagne et le Portugal. En conséquence, les colis postaux adressés de France en Portugal ne seront plus dirigés sur leur destination par la voie d'Espagne, mais seront exclusivement acheminés sur Lisbonne par les paquebots-poste des Messageries maritimes partant de Bordeaux les 5 et 20 de chaque mois.

Voici encore un décret récent relatif à la défense de notre pays contre le choléra :

Tout maire auquel aura été faite la déclaration d'arrivée dans sa commune d'un voyageur venant d'Espagne devra faire visiter ce voyageur par un médecin désigné à cet effet, pendant un délai de cinq jours au minimum, à partir du jour de l'entrée de ce voyageur en France. En cas d'impossibilité, il devra en référer au préfet ou au sous-préfet par les voies les plus rapides. Toute personne venant d'Espagne est tenue de subir pendant cinq jours au moins, à partir de son entrée en France, la visite du médecin désigné à cet effet. Celles qui viendraient à se rendre dans une nouvelle commune avant l'expiration de ce délai sont tenues de faire une nouvelle déclaration conforme à celle prescrite par le décret du 18 juin. Toute personne venant d'Espagne et empêchée par un motif quelconque de se rendre dans la commune désignée par elle aux autorités sanitaires à la frontière est tenue, dans les douze heures de son arrivée, de le déclarer au maire de la commune où elle s'arrête. Le maire fera procéder à la visite médicale prescrite par l'article 1er du présent décret.

En Espagne, on prend de nombreuses mesures de précaution. A Valence, dix postes de secours reliés par le téléphone à la mairie ont été installés. Il est à noter que le gouvernement espagnol, instruit par l'expérience faite en 1885, n'a pas installé de cordons sanitaires infranchissables qui vouaient à une mort certaine les personnes chargées de le maintenir et augmentaient ainsi le foyer de l'épidémie ; il n'a pas établi non plus de quarantaines incommodes, variant selon le bon plaisir des municipalités plus ou moins affolées ; il a employé purement et simplement les mesures de l'hygiène publique et privée. A Paris, les mesures sanitaires sont appliquées avec rigueur. A la date du 1er juillet, 297 voyageurs venant d'Espagne à Paris ont été visités par 77 médecins. 55 autres médecins sont en outre désignés ; mais jusqu'à présent aucun voyageur n'est descendu dans les quartiers qu'ils habitent.

Au Comité consultatif d'hygiène publique de France qui s'est réuni lundi dernier, M. Monod, directeur de l'Assistance publique au ministère de l'intérieur, a rendu compte au comité des mesures prises depuis sa dernière réunion pour s'opposer à l'entrée en France et en Algérie des germes du choléra. En outre du décret ci-dessus, M. Monod a rappelé la circulaire, en date du 2 juillet, qui a donné aux directeurs de la santé les instructions les plus minutieuses pour l'examen des voyageurs et la désinfection des objets dans les petits ports.

Il a annoncé que M. le préfet de police a organisé à Paris les visites médicales des voyageurs venant d'Espagne, et le nombre de ces visites s'élève en ce moment à trois cents par jour. Aucun cas de choléra n'a été signalé en France.

M. le Dr Proust, inspecteur général des services sanitaires, a rendu compte de la situation en Espagne.

MM. Charrin et Netter ont donné des détails très précis et très rassurants sur l'organisation des postes qui défendent les Pyrénées. En ce moment le nombre des villages contaminés dans la province de Valence est au nombre de 26. Les cas extraordinaires qui pourraient apporter les germes de l'épidémie en France ont été prévus, comme le montrent divers passages de la circulaire adressée par le ministre des travaux publics aux compagnies de chemins de fer. M. B.

Les Fêtes du VIe Centenaire de l'Université de Montpellier.

V. — *Journée du lundi 26 mai.*

Cette journée a été entièrement consacrée à l'excursion des étudiants à Palavas et à Aigues-Mortes. Nous avons eu le plaisir de les accompagner, grâce à l'invitation que nous avait adressée M. Liénard, vice-président de l'Association des étudiants. Un train spécial, parti de Montpellier à 9 h. 30, a conduit à Palavas les étudiants et leurs invités, parmi lesquels nous avons eu le plaisir de rencontrer notre ami M. Desmons, député du Gard. Arrivés à Palavas à 10 heures, on s'est em-

© ANM

barqué immédiatement pour Aigues-Mortes sur quatre bateaux à vapeur. Les habitants du Grau-du-Roi (1) et d'Aigues-Mortes (2) ont fait un accueil enthousiaste aux excursionnistes. A 6 h. on était de retour à Palavas, où, sous une immense tente dressée sur le bord de la plage, a eu lieu un grand banquet, sous la présidence de M. Liard. Le banquet a été très gai ; il l'aurait même été davantage, si le « tavernier » avait tenu à honneur de se conformer au menu. Les plaintes d'une partie des convives étaient très nombreuses, lorsque, au moment du dessert, M. Liard, monté sur la table, a voulu prendre la parole. Aussi a-t-il eu tout d'abord quelque peine à se faire entendre. C'est à ce petit incident qu'il fait allusion au début de son discours que nous croyons devoir reproduire.

Messieurs les étudiants,

Rabelais, ancien étudiant de l'Université de Montpellier, serait content de vous, j'en atteste ce menu, sinon le tavernier. Si vous ne nous aviez donné que ce banquet, je n'ajouterais rien à ce témoignage, mais vous nous avez donné d'autres sujets de joie.

Vous devez être félicités et remerciés. En parlant ainsi, je ne pense ni à l'entente avec laquelle vous avez organisé vos fêtes, ni à l'entrain avec lequel vous les avez menées, ni à l'excellent esprit qu'en toutes circonstances, avant et pendant ces quatre jours, vous avez manifesté. De tout cela, vous n'avez pas été loués. Le faire, ce serait donner à entendre que vous auriez pu être autrement que vous n'avez été.

Je n'ai recueilli qu'une seule critique à votre adresse, et comme elle vient d'un universitaire étranger, très haut placé dans la science, et qu'elle m'a paru fondée, je vous la communique : « C'est parfait, m'a-t-on dit, mais ces jeunes gens ne savent pas, quand il le faut, commander le silence et le faire. » Ce dont je dois vous féliciter, c'est des choses nouvelles que vous nous avez montrées.

Et d'abord, cette vaste maison que l'on bâtit pour vous. De tous les étudiants de France, vous aurez été propriétaires les premiers. Il est vrai que pour le devenir vous vous êtes endettés et que vous laisserez à vos successeurs la charge d'amortir un prêt contracté par vous autant que pour vous. Mais cela même témoigne de la confiance que vous avez de la durée de votre Association; puis, ce qui vaut mieux encore, de la confiance qu'elle inspire autour d'elle.

Vous avez trouvé prêteurs et garants. La ville, qui vous avait donné généreusement le terrain dans un des plus beaux quartiers, s'est portée caution pour vous. Cela signifie qu'elle vous tient pour solvables. Bientôt vous entrerez dans la maison nouvelle. Parlez-y quelquefois de l'abri modeste et provisoire où vous avez reçu vos hôtes sans autre ornement que votre jeunesse et des fleurs, et où la diversité des langues n'a engendré aucune confusion, parce que les cœurs étaient d'accord.

Vous êtes aussi les premiers à avoir votre chant d'étudiants. Comme votre drapeau, vous le devez à Montpellier. De Montpellier est le poète; de Montpellier le compositeur aussi. Vous avez fourni les chanteurs et l'orchestre, et pour la première fois, hier, nous avons entendu ce chant et l'avons applaudi.

Il sera pour vous comme votre chant national. Le poète qui vous l'a donné y a mis beaucoup de ce qui doit être dans vos âmes; les petites Patries de l'étudiant, la cité et l'école, puis la grande, celle de tous les Français, celle qui veut qu'on soit :

A genoux pour l'aimer, debout pour la défendre!

Vous le chanterez ici, ailleurs, partout où vous serez en corps et quand vous aurez quitté l'Ecole, plus d'une fois, j'en suis sûr, il vous reviendra sur les lèvres, et plus tard, vous l'apprendrez à à vos fils, avant de les envoyer à l'Université de Montpellier.

Enfin, vous nous avez donné un spectacle que nous n'avions pas encore vu chez nous : cette longue série d'étudiants et de professeurs qui s'avançaient, vendredi, dans un ordre admirable, bannières deployées, robes mêlées, conduite par ses deux recteurs: celui des professeurs, celui des étudiants.

N'ai-je pas dit : le recteur des étudiants? Rassurez-vous, messieurs les professeurs, ce n'est qu'une métaphore. Vous ne reverrez pas le temps où les étudiants nommaient le recteur de l'Université; mais n'est-il pas, à sa façon, un *recteur*, au sens moral du mot, celui que ces jeunes gens mettent à leur tête parce qu'il a leur estime et leur confiance et parce qu'en lui se personnifient leurs sentiments.

Je ne referai pas devant vous la théorie des associations d'étudiants; vous avez ici M. Lavisse, l'homme de France qui les connaît le mieux, parce qu'il les connaît à la façon dont le créateur connaît ses créatures. Je voudrais seulement vous dire un mot sur ce qui me paraît être un de leurs offices dans la constitution et dans l'avenir des Universités de demain.

On a beaucoup parlé, de tout temps, de l'action des maîtres sur les élèves ; on a beaucoup moins parlé de l'action en retour des élèves sur les maîtres. L'une est pourtant tout aussi réelle, tout aussi nécessaire que l'autre.

Vous avez entendu M. Croiset nous raconter qu'au moyen âge l'élève était pour le maître une sorte de créancier sans merci, qui le faisait monter en chaire dès l'aube et l'y tenait souvent tout le jour, exigeant livraison de la denrée précieuse.

Les temps sont changés, et j'ai connu des professeurs qui conduisaient les élèves comme des justiciables et les traitaient comme tels. Pour parler franc, entre ces deux conceptions extrêmes, s'il me fallait choisir, à tout prendre, je préférerais la première.

Les maîtres de l'enseignement supérieur ont une double tâche et une double raison d'être : faire avancer la science et faire l'éducation des étudiants, leur éducation professionnelle et leur éducation générale. Entre ces deux tâches, il faut maintenir l'équilibre et ne pas sacrifier l'une à l'autre. La vérité et la vie, la vérité pour la vie, la vie pour la vérité, voilà les deux termes qu'il ne faut pas séparer un instant dans l'éducation publique et nationale.

Les associations d'étudiants sont pour vous, Messieurs les professeurs, une vision permanente de la vie, car elles sont la jeunesse dans sa variété et dans son unité. Au contact de cette jeunesse, vous vous sentirez nécessairement rajeunir par la sève nouvelle qui lui vient chaque année ; vous serez tenus en haleine par une curiosité toujours en éveil. Les étudiants, c'est pour le professeur la fontaine de Jouvence.

Messieurs les étudiants étrangers, à mon tour, je vous salue et vous remercie d'être venus à « ces fêtes de la vérité » comme les appelait l'autre jour M. le ministre de l'instruction publique. Nous serons heureux si vous en emportez un souvenir durable de la France et de nous.

Rien de plus varié que cette terre de France ; pour arriver ici, plusieurs d'entre vous l'ont traversée du Nord au Sud. Ils l'ont vue au Nord pâle et verdoyante, ils l'ont trouvée au Midi lumineuse, dorée et baignant dans l'azur de la mer et du ciel. Mais, sous tous les aspects, c'est toujours la fécondité.

Au moral, nous offrons de même des variétés et des contrastes : mais au fond, dans les profondeurs intimes où se conserve le génie national, c'est toujours un même esprit, l'esprit de vérité et de justice qui a produit le *Discours de la Méthode* et la *Déclaration des Droits de l'Homme*.

La vérité et la justice, voilà, Messieurs, dans l'ordre moral, des forces comparables à la gravitation universelle dans l'ordre cosmogonique. Elle seule peut faire des individus et des nations, des systèmes ordonnés et marchant de concert. La nature a reçu la loi de gravitation et elle la conserve imperturbablement. L'humanité — c'est sa peine et c'est aussi sa grandeur — doit enfanter la sienne.

A nous tous, Messieurs, quelle que soit notre nationalité, à nous tous qui sommes voués aux choses de l'esprit, l'honneur et le devoir de maintenir l'idéal et de le porter haut, si haut qu'il puisse apparaître un jour à toutes les nations comme un centre commun de ralliement. Ce jour-là, ce serait entre tous les peuples, avec les émulations nécessaires du travail, le pain et la justice.

Le discours de M. Liard a été souligné par des bravos et des applaudissements. Après le banquet, M. Lavisse a prononcé, dans le salon du Grand-Hôtel, le discours suivant :

Messieurs les Etudiants,

Pendant quatre jours de fêtes splendides, fêtes montpelliéraines, fêtes françaises, fêtes internationales et humaines, nous avons célébré le sixième centenaire de cette illustre personne historique, l'Université de Montpellier. Six siècles, cela vous paraît beaucoup, jeunes gens, au fond c'est peu de chose. Moi qui vous parle, j'aurai parcouru bientôt un demi-siècle; j'ai fait le voyage en train-éclair. Eh bien! multipliez par douze ce moment fugitif, et me voilà transporté au XIII[e] siècle. Je suis professeur *apud Montem Pessulanum*. J'ai pu entendre la lecture de la Bulle fameuse adressée en 1289, par « Nicolas, évêque, serviteur des serviteurs de Dieu, à ses chers fils, docteurs et écoliers, présents et futurs, résidant à Montpellier, dans le diocèse de Maguelone ».

Six siècles, c'est donc un cadre trop étroit pour une fête comme celle-ci. Elargissons-le. Il faut toujours élargir les cadres. Je vous propose la commémoration d'un ancêtre de l'Université de Montpellier.

Dans son admirable discours, qui sera l'ornement du cartulaire futur de la nouvelle Université de Montpellier, M. Maurice Croiset vous a parlé des influences du dehors reçues par l'ancienne

(1) D'après M. Lenthéric, cette petite agglomération de marins pourrait devenir prospère, si l'abus toujours croissant des narcotiques et des spiritueux ne les conduisait à une misère incurable.

(2) Nous croyons devoir signaler à l'attention des curieux, au sujet d'Aigues-Mortes, le livre très intéressant de M. Charles Lenthéric, intitulé : *Les villes mortes du Golfe de Lyon*, Paris, 1876, Plon, éditeur.

© ANM

Université. Il a nommé les Grecs, les Romains, les Arabes, l'Espagne et l'Italie. Qui donc amenait vers votre berceau ce concours d'étrangers? La mer, qui étend sa splendeur sous nos yeux. L'ancêtre que nous allons ensemble saluer, c'est la Méditerranée.

La Méditerranée a porté bien des vaisseaux de guerre, à rames et à voiles. Elle porte aujourd'hui les cuirassés. Mais elle a porté aussi et elle porte encore des idées et des sentiments éclos sur ses rives du Nord et du Midi, de l'Occident et de l'Orient. Elle a été un grand intermédiaire, une conciliatrice. L'antiquité orientale, l'antiquité hellénique, l'antiquité romaine, elle a tout mêlé dans sa coupe d'azur, pour composer une civilisation, la plus ancienne des civilisations actives et la plus vénérable, mais jeune toujours et pour toujours, puisqu'elle est faite d'art, de science et de liberté.

Messieurs, la fête de l'Université de Montpellier, c'est une fête de la Méditerranée. C'est une fête de la Grèce, de l'Italie, de la France et de l'Espagne. Hellènes, Italiens, Espagnols, Français, nous sommes les communs disciples de grands maîtres : poètes, philosophes, peintres, sculpteurs, médecins, jurisconsultes, héros de guerres de conquête, mais aussi de guerres de liberté, orateurs des tribunes illustres, d'où tant de paroles sont tombées, pour y demeurer à jamais, dans la mémoire des hommes. Si je les voulais tous nommer, ces maîtres, et louer les plus grands, nous verrions, avant que j'eusse fini, pâlir les étoiles. Hellènes, Italiens, Espagnols, Français, vous êtes les élèves de l'Université méditerranéenne, où Homère a enseigné tout ce que les hommes savaient de son temps ; Hésiode, l'économie rurale ; Hippocrate, la médecine ; Phidias, les beaux-arts ; Démosthène, l'éloquence ; Platon et Aristote, la philosophie ; Aristobe et Euclide, les sciences. Vous devez donc vous aimer les uns les autres. Entre vous, Méditerranéens, la discorde serait une trahison entre camarades.

Mais il y a d'autres mers, d'autres rives et d'autres peuples. Etudiants du pays du Nord, vous êtes les bien venus parmi nous. Des génies de vos nations, nous savons la puissance et la beauté. Personne n'est plus grand que Shakespeare, personne n'est plus grand que Gœthe. Et, de Russie, nous arrivent des émotions profondes, qui renouvellent chez nous la religion de l'humanité par le culte de la souffrance humaine.

La vie ne peut être comparée de la même façon sous deux ciels différents, qui versent sur elles des couleurs diverses. Les génies du Nord et du Midi se heurtent dans des contradictions parfois violentes, mais ils se sont pénétrés et se pénètrent tous les jours davantage. Les rapprocher, les concilier, c'est l'office divin de la France. Comme la Méditerranée, la France est une conciliatrice.

Son front est touché par la vague verte de la mer du Nord; elle plonge ses pieds dans la vague bleue de la Méditerranée. Elle participe à la double nature du Nord et du Midi. Par destination, elle cherche et elle répand, après les avoir trouvées, les idées universelles. Elle est hospitalière naturellement; elle est, de tous les pays, celui où l'étranger se trouve le mieux chez lui, parce qu'il y trouve quelque chose de lui. Et ce sont toutes ces quelques choses réunies qui font l'humanité de la France.

Messieurs les étudiants! Je reviens à mon propos. Je lève mon verre en l'honneur de la Méditerranée; en l'honneur de la France! A l'esprit de la Méditerranée qui souffle sur les peuples du Midi! A la fraternité des Méditerranéens! A l'esprit de la France, qui propose aux peuples du Nord et du Midi un idéal de justice et de liberté! A tous les pays dont la jeunesse est ici représentée!

Etudiants étrangers, nous ne vous oublierons pas! Ne nous oubliez pas non plus! Je ne sais quel avenir est réservé à l'Europe, ni quelles pages écriront vos générations. Préparez-vous dans chacune de vos patries, à vos devoirs, comme nous nous préparons aux nôtres. Mais gardez religieusement les sentiments de la fraternité que vous avez échangés ici, avec nos enfants, et dont la manifestation nous a tous émus. Quand on quitte un pays, il est d'usage d'en emporter un souvenir.

J'ai vu hier, dans le cortège historique, un olivier. Avant de vous séparer, réunissez-vous autour de cet arbre, et que vos camarades de France vous distribuent les rameaux de paix.

Des applaudissements unanimes ont accueilli ce discours qui a clos d'une façon définitive les fêtes du sixième centenaire. — A propos de l'incident qui s'est produit à l'occasion du discours de M. Liard, nous sommes amené à faire remarquer que dans les réunions aussi nombreuses que celles du banquet de Palavas, il vaudrait mieux, au lieu d'attendre le dessert pour commencer les discours, y procéder un peu plus tôt, pendant le second service. Nous avons encore une remarque à faire. Ces fêtes ont été organisées avec un grand soin. Elles se sont passées dans un ordre parfait. Les étudiants commissaires ont déployé un zèle infatigable. Tous les étudiants se sont montrés empressés, très hospitaliers envers leurs camarades, remplis d'égards pour tous les invités. Les différents journaux de Montpellier, et en particulier le *Petit Méridional*, ont fait tous leurs efforts pour donner une relation complète de ces fêtes. Malgré cela, ils ont laissé de nombreuses lacunes et il est certains documents, en particulier le toast de M. Helmotz, qui leur ont échappé. Dans les fêtes de ce genre, il y aurait intérêt à instituer une commission chargée de recueillir au fur et à mesure tous les documents. Nous apprenons avec plaisir que M. le Dr H. Rouzaud, maître de conférences à la Faculté des sciences, s'est chargé de faire l'histoire des admirables fêtes dont Montpellier a été le théâtre et fait appel à tous pour l'aider dans sa tâche. Nous ne pouvons qu'applaudir à cette excellente idée.

Là se termine l'exposé rapide que nous avions à faire de la partie médicale de ces fêtes. Nous aurons prochainement l'occasion de consacrer deux articles au Montpellier médical. Nous dirons quelques mots de la Faculté de médecine et de l'hôpital général. Nous insisterons principalement sur l'hôpital suburbain dont nous publierons les plans.

Il ne nous reste plus, en terminant, qu'à remercier très vivement les médecins de Montpellier de leur accueil très sympathique, en particulier MM. les professeurs Castan, Grasset, Bertin-Sans, Mairet, Jaumes et les docteurs Ducamp et Lafond, qui nous ont donné de nombreux documents et rendu plus fructueuses nos visites aux établissements hospitaliers et scientifiques de Montpellier. B.

P.-S. — Parmi les récompenses qui ont été distribuées par M. le Président de la République à Montpellier, nous avons oublié de signaler les médailles de bronze décernées pour services rendus à l'assistance publique. Ces médailles ont été attribuées à MM. Ignace Pardeilha, chef de bureau à l'hôpital général de Montpellier; — Guillaume Dedieu, infirmier-major à l'hôpital suburbain de Montpellier; — Charles Pradalier, gardien-major à l'asile des aliénés de Montpellier, — Mlle Elisa Carle, gardienne en chef de l'asile des aliénés de Montpellier (40 ans de service).

Congrès international de Médecine de Berlin (1890).

Section de Gynécologie et d'Obstétrique.

Voici le programme de la section de Gynécologie qui sera dirigée par M. le Dr A. Martin, le gynécologiste bien connu.

Lundi 4 août, de 11 heures à une heure: Ouverture du Congrès (1re séance générale). — De 2 à 4 heures: Constitution de la section (Ordre du jour). — Tous les matins, de 8 heures à 10 heures, du mardi au samedi : *Présentations de pièces et opérations* ; tous les jours, de 11 heures à 1 heure : Communications diverses, sauf le mercredi et le samedi (à cause des séances générales). Tous les jours de 2 heures à 4 heures, du mardi au samedi : Rapports, communications et discussions.

1° *Questions posées par le Comité.*

1° *Antisepsie dans les accouchements.* Rapporteur : M. Galabin (Londres), corapporteurs: MM. Slavjanski (St-Pétersbourg), Stadtfeldt (Copenhague), Fritsch (Breslau). — 2° *Accouchements prématurés artificiels. Indications et méthodes opératoires.* Rapporteur : M. Th. Parvin (Philadelphie) ; corapporteurs : MM Macan (Dublin), Colderini (Parme), Dohrns (Kœnisberg). — 3° *Hystérectomie vaginale.* Rapporteur : M. Williams (Londres); corapporteurs : MM Schauta (Prague), Pozzi (Paris), Olshausen (Berlin). — 4° *Electrolyse dans les myomes.* Rapporteur : M. Apostoli (Paris); corapporteurs: M. Keith (Londres), E. Cutter (New-York), Zweifel (Leipzig).

2° *Communications annoncées.*

Cutter (New-York) : *Food as medicin in uterin fibroïds.* — *Cutters stempenary.*—Fritsch (Berlin): *Ueber Myomoperationen.* — Bloyd Roberts (Manchester) : *Two interesting cases of laparotomy.*— Th. More Madden (Dublin) : *Dysmenorrhœa, its more frequent causes and treatment ;* — *On cystitis in Women.* — Th. More Madden. Démonstrations : *Lingt carrier for speculum Work*; — *The long and short midwifery forceps.* — Fr.-H. Martin (Chicago): *Apostoli's Method from an american stand point.* — Duhrssen (Berlin): *Ueber Operationen an der Portio.*— Auvard (Paris) : *Embryotomie céphalique ; traitement des gerçures du sein.*— Landau (Berlin) : *Diagnostik und Therapie der Erkrankungen der Tuben.* — Léopold (Dresde) : *Ueber die Lymphgefusse des schwangeren und puerperalen Uterus ;* — *Extrauterin Schwangeschaft.* — Münchmeyer (Dresde): *Ueber die Verwerthung der ausseren und die Beschränkung der inneren Untersuchung in der Geburtshilfe und Verhütung der Kind-*

© ANM

bettfiebers. — Marcy (Boston) : *Plastic surgery of the felise structures in women.* — Wylie (New-York) : *The influence of abnormal conditions of the other organs of the pelvis and abdomen in causing symptoms usually attributed to displacements of the uterus.* — Sajajtzky (Moscou) : *Hysterectomia vaginalis beim Krebse der Gebärmutter. 65 persönlich operirte Fälle und statistischer Bericht über Hysterectomia vaginalis in Russland.* — Zweifel (Leipzig) : *Beiträge zur Lehre vom Gebürtsmechanismus.* — Fritsch : *Vorzeigen der durch Extirpation des prolabirten Uterus und der invertirten Scheide gewonneven Preparate.* — Bell (Glasgow) : *On the pathogenesis of disease of the ovaries and tubes and their treatment without operation. Curette.* — Gautier (Paris) : *Deux observations de fibromes et de salpinx ; guérisons par l'électricité. Considérations sur l'instrumentation et la technique opératoire.* — Edebohls (New-York) : *Ein Speculum ;* — *Ein verbessertes antiseptischen schlon für chirurgische Instrumente ;* — *Das Modell eines antiseptischen Laparotomietisches ;* — *eine neue Methode der Perineumnaht.* — Noeggerath (Wiesbaden) : *Behandlung der Eierstocks geschwülste mittels Electricität.* H. Bröse : *Demonstration von medicinischen Electrisc. en apparaten, welche mit der von Dynamomaschinen erzeugten electricität getrieben werden* (1).—M. Sœnger (Leipzig) : *Ueber Drainage der Bauchhöhle bei Laparotomia.* —J. Chalmers-Cameron (Montréal) : *Somefurther observations of the influence of Leucœmia upon pregnancy and labour.* — A.-P. Clarke (Cambridge) : *Of the importance of early recognition of pyosalpinx as a cause of supuration pelvic inflammation.* — Murphy (Sunderland) : *The treatment of placenta prœvia.* — Boldt (New-York) : *Beitrag zur Kenntniss der Gebämutterschleimhaut ; Peritonitis nach Berstung eines Ovarialhämatom ; Laparotomie; Heilung.*—A. Fochier (Lyon) : *Modifications du forceps.* — Freund (Strasbourg) : *Demonstration von Beikubin degewels präparaten und Tubenenwickelungs Preparaten.* — Marocco (Rome) : *Ueber einen seltenen Fall von Sublimatvergiftung mit ausser gewöhnlichen Symptomen ;* — *Eine Gebärmutter hanüle, gynahologische Nadeln, Gazeträger zur Tamponade des uterus* —Keppler (Venise) : *Ueber das Geschlechtsleben der Weibes nach der Kastration* —Neugebauer (Varsovie) : *Anatomische Präparate.* — Fehling (Bâle) : *Ueber Wesen und Behandlung der Osteomalacie.* — J.-S. Naine (Glasgow) : *Investigations into some of the cases of incontinence of urine in ferrales and their cure by surgical operation* — Schultze (Iéna) : *Bilfiche Darstellung des gynœkologischen Tastbefunder.* — Schatz (Rostock) : *Die tersachen der Dilhring des Fruchtkopfes um die achse des Becken-Kanals.* — Veit (Berlin) : *Hœmatocele und Hœmatoma.* — Sinclair (Manchester) : *The Alexander Adams Operation and Emmet's Operation.* — Skuwch (Iéna) : *Zur Bechenmessung.* — Simpson (Edimbourg) : *Narrowing of the anal Canal without ablation of tissue.* — Abel (Berlin) : *Ueber die Lymphgefässe des nicht schwangeren Uterus.* — Landau (Berlin) : *Thure Brand'sche Behandlung weiblicher Unterleibkrankheiten.*

L'Université de Fribourg.

Nous extrayons de la *Gazette médicale de Nantes* le passage suivant, dû à notre ancien maître, M. le Dr Joüon, professeur d'anatomie à l'Ecole de médecine de Nantes :

« Ce que j'ai vu dans le pays de Bade, à l'Université de Fribourg, est bien fait pour me séduire... Là, si tout n'est pas encore la suprême perfection, du moins tout en approche tellement que chaque jour je suis obsédé par deux sentiments : l'admiration et l'envie. J'admire les institutions et les hommes ; j'envie l'organisation de l'enseignement scientifique, les facilités inouïes données au corps professant pour le plus grand bien des études, et, faisant un douloureux retour sur notre pauvre Ecole de Nantes, je désespère d'y voir jamais quelque chose de semblable, tant que des changements radicaux n'auront pas renouvelé notre haut enseignement.

. . . . . .

Le professeur Kraske, grand blond, très jeune encore (35 ans), a belle mine avec ses lunettes d'or, arpentant l'hémicycle et faisant sa leçon. Sa parole est claire, bien nuancée, soulignée de gestes expressifs. Le ton est simple, exempt de toute déclamation, avec une tendance narquoise et parfois *gauloise* très accentuée ; il aime, on le voit, provoquer le sourire et même le rire approbatif des élèves qui ne ratent jamais l'occasion lorsqu'un sujet un peu scabreux se présente. Rien dans la leçon n'est déclamatoire ni didactique, au contraire ; il est évident que le but poursuivi, c'est l'enseignement pratique, et presque toujours il est atteint. » M. B.

(1) Nous avons déjà, dans un précédent numéro, montré que nous avons été les premiers à faire connaître l'emploi des dynamos pour les usages médicaux.

Le concert de la Salpêtrière.

Les frères Lionnet inauguraient, jeudi dernier, à la Salpêtrière, la première décade de leurs concerts annuels, qui, grâce à leur infatigable activité, donnent chaque année tant de plaisir aux malheureuses déshéritées de la vie qui habitent le vieux bâtiment de l'ancien Hôpital général.

M. Peyron, directeur général de l'Assistance publique, assisté de MM. Derouin, secrétaire général, Mourlan, chef de division, Baudoin des Salles, Le Bas, directeur de la Salpêtrière, Brelet, économe, et un grand nombre de fonctionnaires de l'Assistance et d'invités, parmi lesquels nous avons remarqué M. le Dr Dubrisay, Albert Pétrot et Navarre, conseillers municipaux, les internes de la Salpêtrière et une partie des représentants de la presse quotidienne et des journaux scientifiques, assistaient à la cérémonie. Le concert, ouvert par un chœur chanté avec un ensemble parfait par les petites filles de Mlle Nicolle, a été immédiatement suivi d'un programme rempli par l'élite de nos artistes les plus aimés. Nous donnons ci-joint ce programme, trop incomplet peut-être, car grâce à la foule sympathique qui se rend aux concerts des frères Lionnet, nous n'avons pu tout entendre, c'est pourquoi nous nous excusons des oublis involontaires que nous commettons bien malgré nous.

1re partie : Chœur de femmes de *Lalla Rouch*, de Félicien David ; *Noël*, d'Holmès, interprété par M. Warmbrodt ; Le Tambour major (*Caïd*), chanté et dit d'une façon magistrale par M. Plançon ; *L'Arlésienne*, de Bizet, jouée délicieusement sur le violon par Mlle Godard, l'amie dévouée et charitable qui, depuis de longues années, ne manque jamais une de ces fêtes de la Salpêtrière et de Bicêtre, et qui, comme elle l'avouait jeudi, y sera toujours fidèle tant qu'elle vivra. Nous souhaitons à Mlle Godard de longs et heureux jours, ainsi que ses amis de Bicêtre et de la Salpêtrière qui, à force d'ovations, l'ont tellement applaudie qu'elle n'a pas demandé mieux que de leur exécuter encore plus délicieusement la charmante berceuse de *Jocelyn*, composée par son frère Benjamin, et toujours plus couverte d'ovations. M. Lubert chante ensuite l'air des Cloches de *Dimitri* : nouveau et superbe succès. *La Marseillaise de la Paix*, des frères Lionnet, interprétée par MM. Caron, Plançon, Warmbrodt, Lubert, Lamoth et les Lionnet (on ne peut les distinguer l'un de l'autre), fait éclater un tonnerre ininterrompu d'applaudissements que seule la charmante Céline Montaland fait tourner vers elle, après avoir dit, avec sa finesse et son talent habituels, le *Moineau de Salomon*, de J. Normand. Puis vient le tour de la désopilante Bonnaire qui, dans deux chansons pleines d'entrain et débitées avec humour, a dû faire revivre dans le cœur des pauvres malades bien des accents joyeux éteints depuis longtemps. N'oublions pas non plus Galipaux et Luguet, qui ont dignement clôturé la 1re partie.

Dans la 2e partie, signalons l'air de *Philémon et Baucis* chanté par M. Plançon ; *En route !* chanté à ravir par Mlle Degrandi ; *Les trois Hussards*, paroles et musique des Lionnet, chantés très crânement par l'un des deux (toujours pas moyen de les reconnaître !). *Si tu m'aimais !* interprété avec beaucoup de passion par Mme Evel ; *Le Crucifix*, l'harmonieuse mélodie de Faure, enlevée avec leur brio habituel par MM. Caron et Gauthier ; *Stances*, chantées par M. Warmbrodt ; — *Pizzicato* de Thomé, exécuté à la demande générale des auditeurs et des artistes, par Mlle Godard de plus en plus acclamée. Mme Bonnaire, plus en gaîté que jamais, termine la matinée chantante par la *photographie de Sophie*, qui obtient un succès de fou rire pour les auditeurs et de sympathique estime pour l'artiste. La séance se termine par une pantomime de l'inimitable Paul Legrand : *Ténor et nourrice*, où il nous présente un de ses jeunes élèves devenu déjà un artiste.

Cette intéressante matinée a été suivie d'un dîner dont M. Le Bas, directeur de la Salpêtrière, a fait les honneurs avec sa courtoisie habituelle. Dans un très spirituel discours, M. Peyron a remercié les artistes de leur vaillant concours et M. Lionnet (Lequel ?) a toasté à la 10e année d'existence de ces concerts charitables. M. Navarre, au nom du Conseil général, a prononcé quelques mots de remerciments aux artistes et à l'administration.

Tous les artistes déjà nommés ont ensuite donné un nouveau concert, suivi pour chaque interprète d'applaudissements et de bans vraiment mérités, concert qui n'a été que la répétition générale de celui que les frères Lionnet offrent, avec leurs sympathiques interprètes, jeudi prochain, aux malades de Bicêtre. Voilà pourquoi je ne cite pas leurs noms ni les morceaux que nous avons applaudis, pour ne pas, dans le prochain numéro, dire deux fois la même chose.

A. ROUSSELET.

Actes de la Faculté de Médecine.

MARDI 15. — 2e de fin d'année d'Officiat : MM. Lutz, Pouchet, Villejean. — 5e *de Doctorat* (1re partie) Pitié (1re *Série*) : MM. Delens, Segond, Kirmisson. — (2e *Série*) : MM. Polaillon, Maygrier, Poirier. — (2e partie) : MM. Fournier, Déjerine, Gilbert.— 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Panas, Polaillon,

© ANM

Bar. — (2e partie) (1re *Série*) : MM. Dieulafoy, Duguet, Hallopeau. — (2e *Série*) : MM. Ball, Cornil, Chantemesse. — 5e *de Doctorat* (1re partie) Charité (1re *Série*) : MM. Tarnier, Campenon, Brun. — (2e *Série*) : MM. Le Fort, Nélaton, Maygrier. — (2e partie) : MM. Peter, Hutinel, Ballet.

Mercredi 16. — 1er de fin d'année d'Officiat : MM. Laboulbène, Villejean, Fauconnier. — 5e de *Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Panas, Brun, Ribemont-Dessaignes. — (2e partie) (1re *Série*) : MM. G. Sée, Letulle, Netter. — (2e *Série*) : MM. Straus, Duguet, Hanot. — 2e de fin d'année d'Officiat : MM. Mathias-Duval, Retterer, Gley. — 5e de *Doctorat* (1re partie) Charité (1re *Série*) : MM. Delens, Kirmisson, Ribemont-Dessaignes. — (2e *Série*) : MM. Pinard, Segond, Reynier. — (2e partie) : MM. Potain, Netter, Chantemesse.

Jeudi 17. — 1er de fin d'année d'Officiat : MM. Laboulbène, Lutz, Villejean. — 5e *de Doctorat* (2e partie) Necker (1re *Série*) : MM. Straus, Netter, Gilbert. — (2e *Série*) : MM. Hayem, Hutinel, A. Robin. — (3e *Série*) : MM. Dieulafoy, Duguet, Chantemesse. — (1re partie) Charité : MM. Duplay, Ribemont-Dessaignes, Nélaton. (2e partie) (1re *Série*) : MM. Potain, Brissaud, Déjerine. — (2e *Série*) : MM. Fournier, Rendu, Hallopeau.

Vendredi 18. — 5e *de Doctorat* (1re partie) Pitié (1re *Série*) : MM. Pinard, Marc Sée, Nélaton. — (2e *Série*) : MM. Pinard, Delens, Bar, Quénu. — (2e partie) : MM. Debove, Ballet, Netter. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Jalaguier, Segond. — (2e partie) (1re *Série*) : MM. Hayem, Straus, Chantemesse. — (2e *Série*) : MM. Fournier, Rendu, Déjerine. — 5e *de Doctorat* (1re partie) Charité : MM. Lannelongue, Ribemont-Dessaignes, Tuffier. — (2e partie) (1re *Série*) : MM. Potain, Brissaud, A. Robin. — (2e *Série*) : MM. Cornil, Netter, Letulle.

Samedi 19. — 5e *de Doctorat* (1re partie) Necker : MM. Tarnier, Quénu, Schwartz. — (2e partie) (1re *Série*) : MM. Cornil, A. Robin, Hallopeau. — (2e *Série*) : MM. Straus, Hutinel, Rendu. — 3e définitif d'Officiat (Charité) : MM. Campenon, Letulle, Maygrier. — 5e *de Doctorat* (1re partie) Charité : MM. Duplay, Tarnier, Schwartz. — (2e partie) : MM. Peter, Duguet, Hanot. — 3e définitif d'Officiat (Hôtel-Dieu) : MM. Panas, Bar, Hallopeau. — 5e de *Doctorat* (2e partie) Hôtel-Dieu (1re *Série*) : MM. Dieulafoy, Debove, Gilbert. — (2e *Série*) : — MM. Proust, Ballet, Netter.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Mercredi 16. — M. Mouton. De la suture des nerfs et en particulier de la suture secondaire. — M. Claa. Comparaison entre le curage et la cautérisation dans l'endométrite du corps. — M. Géorgiades. Considérations sur les fistules uréthropéniennes et particulièrement sur celles qui succèdent à la blennorrhagie. — M. Vimont. Contribution à l'étude des oblitérations de la veine cave inférieure. — M. Leresche. Etude sur la paralysie glosso-labiée cérébrale à forme pseudo-bulbaire. — M. Grandhomme. Contribution à l'étude des suppurations des cellules mastoïdiennes. — M. Austin. Sur le diagnostic précoce des stéoplasmes de la vessie et du rein au moyen du cystoscope. — Mlle Warchavskaia. De l'urémie et de l'état du cœur dans la néphrite compliquant le cancer de l'utérus.

Jeudi 17. — M. Pellisson. Procédures du cordon ombilical méconnues. — M. Wavelet. De la valeur de la compression et des moyens de l'appliquer au traitement des épanchements articulaires. — M. Stanciulescu. De la luxation du radius compliquant les fractures du tiers supérieur du cubitus. — M. Brossard. Traitement des ruptures de l'utérus pendant le travail de l'accouchement. — M. Séguier. Recherches cliniques sur l'aristol. — M. Olympitis. Tuberculose de la muqueuse nasale (formes primitives et secondaires). — M. Lefèvre. Contribution à l'étude de la maladie d'Addison. — Mme Bruère, née Walker. De l'albuminurie puerpérale. — M. Corbin. Influence de la fièvre typhoïde de la mère sur le fœtus. — M. Henne. Les principales théories sur la pathogénie et le traitement de la diphtérie. — M. Charmoy. Etude sur la gangrène disséminée de la peau chez les enfants. — M. Lecaille. Considérations sur le traitement de l'anthrax. — M. Haran. Contribution à l'étude de l'arthrectomie dans les arthrites tuberculeuses du genou. — M. Pinconnat. De l'extirpation du larynx.

Samedi 19. — M. Pauzin. De l'angine herpétique et du zona bucco-pharyngien. — M. Geeraert. Aggravation et généralisation de la tuberculose après opérations. — M. Fournioux. Etude sur l'aristol.

Conseil supérieur de l'Instruction publique. — Le Conseil supérieur de l'Instruction publique est convoqué en session ordinaire pour le 24 juillet. La session durera huit jours.

Distinctions honorifiques. — M. le Dr Boudin, professeur à la Société d'instruction pour les jeunes filles, est nommé *officier d'académie*.

NÉCROLOGIE.

M. le Dr A.-L. AMAGAT (de Saint-Flour).

Un médecin, d'une réelle originalité, une des physionomies les plus curieuses de la Chambre actuelle, M. le Dr Amagat (de St-Flour), ancien professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, vient de mourir brusquement dans sa ville natale.

Né à St-Flour en 1847, Amagat fit à Montpellier de brillantes études médicales. Après avoir passé sa thèse de doctorat, il alla exercer en province et, tout en faisant de la clientèle, eut le courage de préparer le concours d'agrégation, qu'il vint subir à Paris en 1878. Il fut reçu agrégé des sciences naturelles pour la Faculté de médecine de Montpellier.

Pendant son agrégation, il fit dans cette Faculté un cours d'histoire naturelle extrêmement apprécié des étudiants, en raison de l'élévation de ses aperçus et de ses tendances philosophiques, franchement matérialistes, qu'il ne craignit pas d'affirmer. Sur l'ordre du doyen, il dut cesser de suppléer dans la chaire d'histoire naturelle le Pr Ch. Martins. Le remplacement de M. Amagat par un autre agrégé fut le point de départ de troubles universitaires graves à Montpellier (mai 1880); les étudiants firent une manifestation en l'honneur de leur sympathique professeur qui, après fermeture temporaire de la Faculté et enquête approfondie de la part du ministère Ferry, fut exclu des cadres de l'Université. On se rappelle comment et pourquoi la vie scientifique, pleine de promesses, de ce jeune philosophe péripatéticien sous les ombrages du Peyrou, de ce savant fougueux, aux trop libres allures, fut interrompue ; il est inutile d'y revenir ici (1).

Sa carrière universitaire brisée, M. Amagat, peu enthousiaste de la pratique médicale, sans avenir scientifique par suite de cette malencontreuse affaire, préféra suivre ses tendances et donner libre cours à ses idées réformatrices. Il se lança dans la politique, posa en 1881 sa candidature, *comme républicain*, au siège de député dans son arrondissement natal, et fut nommé d'emblée par 4.850 voix contre 4.578 données au député sortant. Depuis cette époque, ses concitoyens lui maintinrent constamment leur confiance, et aux dernières élections il était réélu.

Travailleur acharné et infatigable, Amagat s'occupa tout particulièrement des questions financières et apporta dans cette étude toute l'attention dont il était capable. Il prit souvent la parole lors de la discussion du budget; mais il se fit surtout remarquer par ses votes bizarres, parfois si différents de ceux de la majorité républicaine. C'est ainsi qu'il vota contre les lois scolaires, le bannissement des princes etc., etc. Aussi ne recueillait-il que les applaudissements des droites, auxquelles il avait fini par appartenir au fond.

M. Amagat a publié un certain nombre de travaux appréciés, dont voici les principaux :

Etude sur les différentes voies d'absorption des médicaments. Thèse de Doctorat, 1873, 130 p., Paris. — *Caractères communs et différentiels des animaux et des végétaux inférieurs*, 64 pages, Paris, 1878 (Thèse d'agrégation, section des sciences naturelles)

FORMULES

III. — Dentifrice désinfectant.

III. — Le dentifrice suivant désinfecte la bouche. On l'emploie à la dose de deux cuillères à café dans un demi-litre d'eau.

Alcool à 40°	500 gr.
Camphre	10 gr.
Acide salicylique	20 gr.
Benjoin pulvérisé	50 gr.
Clous de girofle	100 gr.
Hypochlorite de chaux	50 gr.
Essence d'anis	20 gr.
Glycérine	500 gr.

Conservez ce liquide dans des flacons colorés. (*Nouv. Rem.*)

---

(1) Voir, sur ce point, *Progrès médical*, 1880, p. 442, 452, 481, 507, 704.

© ANM

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 29 juin 1890 au samedi 5 juillet 1890, les naissances ont été au nombre de 1132 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 436 ; illégitimes, 152, Total, 588. — *Sexe féminin :* légitimes, 402 ; illégitimes, 142, Total, 544.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 29 juin 1890 au samedi 5 juillet 1890, les décès ont été au nombre de 903 savoir : 478 hommes et 425 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 3, F. 5, T. 8. — Variole : M. 2, F. 0, T. 2. — Rougeole : M. 27, F. 38, T. 65. — Scarlatine : M. 5, F. 5, T. 10. — Coqueluche : M. 1, F. 9, T. 10. — Diphthérie, Croup : M. 11, F. 13, T. 24. — Choléra : M. 00, F. 00, T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 102, F. 70, T. 172. — Autres tuberculoses : M. 17, F. 13, T. 30. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 9, T. 10. — Tumeurs malignes : M. 12, F. 24, T. 36. — Méningite simple : M. 23, F. 13, T. 36. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 29, F. 19, T. 48. — Paralysie : M. 10, F. 4, T. 14. — Ramollissement cérébral : M. 3 F. 6, T. 9. — Maladies organiques du cœur : M. 11, F. 22, T. 33. — Bronchite aiguë : M. 6, F. 6, T. 12. — Bronchite chronique : M. 14, F. 13, T. 27. — Broncho-Pneumonie : M. 11, F. 14, T. 25. — Pneumonie : M. 18, F. 8, T. 26. — Gastro-entérite, biberon, M. 23, F. 22, T. 45. — Gastro-entérite, sein : M. 5, F. 4, T. 9. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1. F. 3, T. 4. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3 — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 0. T. 0. — Débilité congénitale : M. 5, F. 3, T. 8. — Sénilité : M. 11, F. 10, T. 21. — Suicides : M. 14, F. 7, T. 21. — Autres morts violentes : M. 17. F. 3, T. 20. — Autres causes de mort : M. 91, F. 76, T. 167. — Causes restées inconnues : M. 5, F. 3, T. 8.

Mort-nés et morts avant leur inscription: 73, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 24, illégitimes, 18. Total : 42. — *Sexe féminin :* légitimes, 15 ; illégitimes, 16. Total : 31.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Concours pour le clinicat chirurgical.* — Le concours pour le clinicat chirurgical (chaire de M. Lefort) a eu lieu cette semaine. Un seul candidat s'est présenté, M. le Dr Lejars. M. le Dr Lejars a été nommé, après concours, chef de clinique chirurgicale. Le jury se composait de MM. Lefort, Duplay, Panas, Tarnier, Pinard. L'épreuve écrite a été : *Rapport de la glande parotide ; enchondrome de la parotide.* Toutes les épreuves ont eu lieu, en un seul jour, à la Pitié, jeudi dernier.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours du Bureau central en médecine.* — Voici la liste des candidats admissibles à ce concours : MM. Bourcy, Duplaix, Galliard, Gilles de la Tourette, Havage, Legendre, Mathieu, Robert, Richardière, Thibierge.

CONSEIL GÉNÉRAL DES FACULTÉS DE PARIS. — Le Conseil général des Facultés de Paris a tenu séance lundi dernier, sous la présidence de M. Gréard. En prévision du budget de 1892 à dresser, il a entendu et appuyé de son vœu les demandes des doyens tendant à relever les crédits affectés aux établissements d'enseignement supérieur. Il est évident que les agrandissements matériels de la Faculté de médecine, de la nouvelle Sorbonne et, plus tard, ceux de la Faculté des sciences, rendent déjà et rendront encore davantage insuffisantes les ressources affectées jusqu'ici à leur entretien et à leurs travaux.

CRÉMATION. — On a incinéré, la semaine dernière, au Père-Lachaise, un membre de la Société des auteurs dramatiques, M. Auguste Joltrois, ancien chef de bureau au ministère de l'agriculture et du commerce, chevalier de la Légion d'honneur.

COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE PUBLIQUE. — M. J. OGIER, docteur ès sciences physiques, chef du laboratoire de toxicologie à la préfecture de police, est nommé membre du comité consultatif d'hygiène publique de France, en remplacement de M. le Dr Richard, démissionnaire.

REFUGE-OUVROIR A PARIS (RUE FESSART). — On a inauguré jeudi dernier un établissement hospitalier d'un genre particulier qui n'est ni un hôpital, ni un dispensaire, ni simplement un asile de nuit, mais un lieu de refuge qui sera en même temps un ouvroir uniquement destiné aux femmes ; les deux cents d'entre elles, qui se trouveront momentanément sans ouvrage, pourront pendant quelque temps être abritées et nourries. Cet établissement est situé au n° 37 de la rue Fessart, sur les hauteurs de Belleville, près des Buttes-Chaumont.

RÉORGANISATION DES UNIVERSITÉS. — Dans sa dernière séance, le Conseil général des Facultés de *Lyon* s'est occupé de la question des Universités et a adopté une série de vœux dont les principaux sont les suivants : 1er Personnalité civile donnée à chaque Université ; 2e Transformation du Conseil général des Facultés en Conseil général de l'Université, la présidence étant maintenue au recteur représentant de l'Etat, mais le vice-président élu prenant le titre de chancelier de l'Université et recevant comme attributions la gestion des biens de l'Université, la haute surveillance des secrétariats, le visa des pièces relatives à l'enseignement supérieur, etc. ; 3e Traitement égal des professeurs dans toutes les Universités ; 4e Constitution par voie d'élection d'un comité supérieur des Universités élaborant les programmes et réglant l'avancement ; 5e Représentation des Universités au Conseil supérieur de l'instruction publique. — Au cours de la dernière séance du Conseil municipal de *Lille*, M. Moy, conseiller municipal et doyen de la Faculté des lettres, a déposé, au nom de la commission de l'instruction publique, un vœu très pressant tendant à la création, à Lille, d'une Université. Dans un rapport très documenté, il a fait valoir les nombreuses raisons qui militent en faveur de la création à Lille d'une Université. Aux termes du projet qui est à l'étude, tous les centres universitaires qui comprendront quatre Facultés pourront prétendre à s'ériger en Université. Or, la ville de Lille remplit cette condition nécessaire. M. Moy a, en outre, fait observer que l'Etat avait jusqu'ici assez demandé de sacrifices à la ville de Lille pour que celle-ci se présente aujourd'hui, non plus pour solliciter une faveur, mais pour obtenir un avantage mérité. Tout concourt au surplus à donner à ses revendications le plus grand poids qu'elles puissent avoir : l'installation magnifique des Facultés, la dotation qui leur a été faite par la ville. On sait, en effet, que les Facultés de Lille sont les seules qui possèdent un bien propre.

UNE FACULTÉ DE MÉDECINE A MARSEILLE. — Le Conseil municipal de Montpellier, réuni mardi, en séance privée, a décidé de déléguer à Paris le maire, accompagné de trois conseillers municipaux, avec mission de conférer avec le ministre compétent pour s'opposer à la création, à Marseille, d'une Faculté de médecine qui causerait un grave tort à l'antique Faculté de Montpellier. Si les démarches des délégués ne sont pas couronnées de succès, le Conseil municipal, le doyen, des professeurs, démissionneront tous ensemble. *To be or not to be!* Qui l'emportera ?

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE. — Séances des Comités pendant le mois de juillet 1890. — *Lundi* 7 : COMITÉ N° 4 (*bactériologie et épidémiologie*). — *Jeudi* 10 : COMITÉ N° 7 (*démographie et statistique*). — *Lundi* 14 : COMITÉ N° 2 (*Hygiène urbaine et rurale*). Le 2e Comité ne se réunira que plus tard, sur convocation spéciale s'il y a lieu. — *Mercredi* 16 : COMITÉ N° 5 (*Hygiène alimentaire*). — *Lundi* 21 : COMITÉ N° 3 (*Hygiène industrielle et professionnelle*). — *Lundi* 28 : COMITÉ N° 6 (*Hygiène internationale et hygiène administrative*). — La réunion des Comités aura lieu à 5 heures, 28, rue Serpente. Le 6e Comité se réunira chez M. le Dr PROUST, 9, boulevard Malesherbes. — *Nota.* Il ne sera pas adressé pendant le mois de juillet d'autre convocation pour les Comités. Prière de considérer cet avis comme tenant lieu de convocation.

UNIVERSITÉ DE POITIERS. — Le Conseil municipal de Poitiers a, paraît-il, émis le vœu qu'une Université soit placée à Poitiers et, pour réaliser ce désir, a invité l'administration à emprunter 500,000 francs à cette occasion. A notre avis, et nous le disons bien franchement, car nous croyons que c'est la vérité, c'est là un pas de clerc. Il n'y a qu'une ville de l'Ouest qui puisse prétendre à voir une Université s'élever dans ses murs : C'est Nantes. L'étudiant français n'a rien de comparable à l'étudiant allemand. Il déteste la solitude ; les petites villes lui font peur. Il ne travaille bien qu'au milieu du bruit. Nous espérons qu'on saura, en haut lieu, le comprendre et remarquer que Poitiers ne présente pas des ressources suffisantes pour réclamer une Faculté de médecine.

VOITURES D'AMBULANCES A PARIS. — *Station.* — On a inauguré mardi dernier, rue de Chaligny, 21, une nouvelle station de voitures d'ambulance pour le transport des malades atteints d'affections contagieuses. Il existait déjà, aux nos 6, 8 et 10 de la rue de Staël (15e arrondissement), une première station qui fonctionne depuis le 5 octobre 1889. C'est au mois de juin 1887 que le Conseil municipal avait décidé la création de ces deux stations de voitures et ouvert pour la construction un crédit de 150,000 fr. Comme la première station, celle de la rue de Chaligny est pourvue de voitures spéciales et de brancards dont les types ont été adoptés par un jury spécial, désigné par la commission sanitaire du Conseil municipal. Le service est organisé de la façon suivante : au premier avertissement parvenu au chef de la station, soit par une communication verbale, soit par le télégraphe ou le téléphone, une voiture portant une infirmière des hôpitaux est immédiatement envoyée au domicile du malade ; un certificat rédigé par le médecin traitant doit indiquer la nature présumée de la maladie, afin que l'on sache s'il y a lieu à l'admission immédiate ou si le malade doit, au préalable, être examiné par les

© ANM

médecins du bureau central. Après chaque opération, les voitures et les chevaux seront soigneusement désinfectés, avant de servir à un nouveau transport. De même aussi les infirmières et les cochers seront astreints à des précautions hygiéniques rigoureuses. Enfin, le Conseil municipal a décidé l'annexion à la station de la rue de Chaligny d'une étuve Geneste et Herscher, destinée tout à la fois à la désinfection de la literie ayant servi aux transports et accessible au public qui voudrait s'en servir.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr MILHET-FONTARABIE, décédé au cours d'un accès de fièvre pernicieuse. M. Milhet-Fontarabie, sénateur de la Réunion, était né à Eymet (Dordogne), le 22 novembre 1828. Il étudia la médecine et, après s'être fait recevoir docteur, il alla s'établir à la Réunion. Elu conseiller général de cette colonie pour le canton de Saint-Paul, il devint vice-président au Conseil général. Après la mort de M. Robinet de la Serve, sénateur de la Réunion, il se présenta à sa place comme candidat républicain et fut élu le 9 juillet 1882 par 28 voix sur 50 votants. Il avait été réélu au renouvellement triennal du 1er mars 1885 par 89 voix contre 82 données à un autre candidat. M. Milhet-Fontarabie était chevalier de la Légion d'honneur. — M. le Dr BOURHIS, conseiller général républicain du Finistère, pour le canton du Faou. — M. Charles GRAD, député alsacien au Reichstag. C'est une grande perte pour les sciences naturelles non moins que pour les sciences morales. M. Charles Grad était ancien élève de l'École des mines, où M. Elie de Beaumont l'avait remarqué parmi les plus méritants. A sa sortie de l'École, il s'était livré avec succès à l'étude des glaciers de la Suisse et à diverses autres études scientifiques sur lesquelles il a laissé des mémoires très estimés.

VACCIN DE GÉNISSE pour 5 personnes, 75 c. — Pour 20 personnes, 1 fr. 50. — Echantillons gratuits, Dr Chaumier, à Tours.

Phthisie, Bronchites chroniques. —EMULSION MARCHAIS.

Phthisie. VIN DE BAYARD à la peptone phosphatée, le plus puissant reconstituant de la thérapeutique. Une à deux cuillerées par repas.

PEPTONATE DE FER ROBIN. — 10 à 20 gouttes par repas. (Chloro-Anémie).

Précieuse. Source de **VALS**, très efficace contre les affections du **Foie** et de la **Vessie**. (Calculs, Gravelle, Diabète, Goutte, etc.) *Prescrite par les Médecins des Hôpitaux de Paris.*

Albuminate de fer soluble (LIQUEUR DE LAPRADE) le plus assimilable des ferrugineux (Pr Gubler). Une cuillerée à chaque repas. Chlorose et troubles de la menstruation, c'est le fer gynécologique par excellence.

Dyspepsie. — VIN DE CHASSAING. —*Pepsine.* — *Diastase.*

ANÉMIE **LA BOURBOULE** Enfants débiles, voies respiratoires, MALADIES DE LA PEAU, RHUMATISMES DIABÈTE

Chronique des Hôpitaux.

HÔPITAL LOURCINE-PASCAL (111, rue de Lourcine.) — *Conférences cliniques de Gynécologie.* — M. le Dr S. POZZI : conférences cliniques le lundi 16 juin, à 9 h. 1/2 du matin. Opérations le mercredi.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — *Maladies contagieuses du cuir chevelu.* — M. le Dr QUINQUAUD : conférences sur les maladies contagieuses du cuir chevelu, le mardi à heures. — *Clinique dermatologique et syphiligraphique.* — M. HALLOPEAU, samedi à 10 h.

HÔPITAL COCHIN. — M. le Dr DUJARDIN-BEAUMETZ, clinique thérapeutique, le mercredi, à 9 h. 1/2. Le lundi, conférence de thérapeutique et de bactériologie, par MM. les Drs Bardet et Dubief, chefs de laboratoire. Le vendredi, conférence clinique par MM. de Grandmaison et Mallet, internes du service.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Leçons de Clinique chirurgicale.* — M. le Dr TERRILLON : mercredi, à 10 heures. Visite des malades à 9 heures du matin. Opérations le mardi et le samedi. — Le Dr Auguste VOISIN. Conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, le dimanche, à 10 heures du matin.

HÔPITAL DU MIDI. — *Clinique syphiligraphique.* — M. le Dr Charles MAURIAC, le samedi, à 9 h. 1/2 du matin.

HOSPICE DE BICÊTRE. — Visite de la section des enfants idiots et épileptiques (service de M. le Dr BOURNEVILLE), le samedi, à 9 heures.

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 a cessé 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 à partir du **25 juillet**, *augmentée de* UN FRANC *pour frais de recouvrement. Nous les engageons donc à nous envoyer 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.

AVIS A MM. LES AUTEURS ET ÉDITEURS

Le PROGRÈS MÉDICAL rappelle à MM. les Auteurs et Editeurs que les ouvrages dont il sera reçu deux exemplaires seront annoncés au Bulletin Bibliographique et analysés ; ceux dont il ne sera reçu qu'un exemplaire seront simplement annoncés.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils.

Vient de paraître la 1re partie du Tome IX du Bulletin de la Société de médecine légale de France. — 1 fascicule in-8. Paris, 1890.

Librairie LECROSNIER et BABE, place de l'Ecole-de-Médecine.

FERRAND (A.). — Formulaire de thérapeutique appliquée ou les médicaments et leurs formules classés d'après les indications thérapeutiques. Précédé d'une préface de M. le Pr PETER. Volume in-16 de 626 pages. — Prix broché : 4 fr. — Cartonné : 4 fr. 50. — Relié. . . . . 5 fr.

Librairie G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

CHRISTIAN (J.) et RITTI (A.). — Maison nationale de Charenton. — Rapport sur le service médical pendant la période décennale 1879-1888.

Librairie G. STEINHEIL, 2, rue Casimir-Delavigne.

DUCHESNE (C.). — Traitement chirurgical de l'ectopie testiculaire. Volume in-8 de 104 pages.

JONNESCO (T.). — Hernies internes rétro-péritonéales ou hernies formées dans les fossettes normales du péritoine. (Hernies duodénales. Hernies péricœcales. Hernie intersigmoïde. Hernie à travers l'hiatus de Winslow). Volume in-8 de 304 pages, avec 74 figures.

LEDRU. — Réflexions sur quelques opérations d'ovariotomies faites à Clermont-Ferrand. Brochure in-8 de 32 pages.

MASSALONGO (R.). — Contributo all' unito delle miopatie atrofiche primitive. Brochure in-8 de 21 pages. — Milan, 1889. — Fr. Vallardi.

MORDRET (E.). — Etude anatomo-pathologique et clinique sur les salpingo-ovarites. Brochure in-8 de 79 pages.

TORRE (R. de la). — Espiritismo y locura. Volume in-18 de 511 pages. — Buenos-Aires, 1889. — Librairie F. Lajouane.

WHITWELL (J.-R.). — Nuclear vacuolation in Nerve cells of cortex Cerebri. Brochure in-8 de 7 pages. — London, 1890. — John Bale et Sons.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS — IMP V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

© ANM

18e ANNÉE - 2e SÉRIE. T. XII. N° 29. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 19 JUILLET 1890.

Le Progrès Médical

GYNÉCOLOGIE

Péri-métro-salpingite (1) ;

(Inflammation péri-utérine, péri-métrite, para-métrite, pelvi-péritonite, phlegmon du ligament large, adéno-lymphite, adéno-phlegmon juxta-pubien, abcès pelvien, cellulite pelvienne).

Par S. POZZI, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Lourcine.

La confusion qui a longtemps régné dans l'interprétation et la dénomination des inflammations diffuses du petit bassin n'est pas encore entièrement dissipée. Cependant, grâce aux notions sur l'inflammation des trompes récemment acquises par l'étude plus éclairée des faits cliniques, aidée puissamment des particularités observées pendant les opérations, nous commençons à arriver à une vue plus nette et plus simple à la fois. On le sait aujourd'hui : si le point de départ est fréquemment dans l'utérus (Bernutz et Goupil), c'est le plus souvent d'une salpingite que rayonne l'inflammation qui envahit les environs de l'utérus, ligament large, cul-de-sac de Douglas, tissu cellulaire pelvien. Il est donc juste de faire entrer la trompe dans la dénomination de la maladie et de réunir toutes ces lésions sous le nom générique de *péri-métro-salpingite*.

Cet envahissement se fait avec des caractères cliniques très différents par leur marche et leur intensité, selon les conditions étiologiques où il s'opère. De là une série de *types cliniques* distincts quoiqu'une même pathogénie réunisse toutes ces espèces dans un genre commun.

Aperçu historique. — Ce furent d'abord les formes les plus violentes qu'on observa, et on décrivit les grandes et rapides suppurations qui succèdent à une septicémie localisée d'origine puerpérale. Grisolle et Bourdon (2) marquèrent par leurs travaux cette première étape (3) : le phlegmon du ligament large y était encore confondu avec les abcès de la fosse iliaque de toute autre origine.

Nonat, Valleix, et leurs élèves (4) firent faire un pas de plus à la connaissance clinique des inflammations péri-utérines en décrivant les collections purulentes plus limitées qui se produisent en arrière et sur les côtés de l'utérus ; ces auteurs les localisaient dans le *tissu cellulaire*, qui existerait d'après eux non seulement entre les feuillets du ligament large, mais encore autour de la portion sus-vaginale du col, surtout en arrière, comme une bague dont le chaton serait dirigé vers le cul-de-sac de Douglas, suivant une comparaison de Gallard.

D'interminables discussions, plus théoriques que pratiques, s'élevèrent à ce propos. En effet, au même moment, une autre interprétation des mêmes faits venait de se produire. Bernutz et Goupil (1), après une description remarquable des phénomènes cliniques que nous rapportons maintenant à l'inflammation circonscrite ou diffuse des trompes, les avaient attribués, sans exception, à des inflammations du péritoine pelvien, à des *pelvi-péritonites*.

Quelques auteurs éclectiques, comme Mathews Duncan et Simpson (2), admettaient les deux origines précédentes ; Duncan créa les mots de *périmétrite* et de *paramétrite*, pour distinguer l'inflammation du péritoine de celle du tissu cellulaire circum-utérin.

Une nouvelle interprétation d'une série de faits très analogues, sinon identiques, devait encore être proposée et ajouter aux embarras des nosologistes.

Le rôle des *lymphatiques* dans les inflammations péri-utérines après l'accouchement avait été entrevu par beaucoup d'auteurs. J.-L. Champonnière (3) leur attribua encore plus d'importance et étendit leur rôle jusqu'en dehors de l'état puerpéral à l'utérus en état de vacuité.

Alphonse Guérin crut avoir découvert un nouveau type clinique et une localisation différente de l'inflammation autour de l'utérus ; il les décrivit sous le nom d'*adéno-phlegmon juxta-pubien*. L'origine serait dans un ganglion lymphatique rétro-pubien ou obturateur ainsi que dans les vaisseaux afférents répandus au-dessous du péritoine et autour de l'utérus. Toutes les fois que les prétendus phlegmons du ligament large s'étendraient au tissu cellulaire de la paroi abdominale, ce serait, d'après Alphonse Guérin, qu'on aurait affaire à un adéno-phlegmon juxta-pubien. En outre, Guérin, L. Championnière, Gueneau de Mussy, Siredey, Martineau admettaient l'*adéno-lymphite* comme explication des inflammations plus circonscrites péri et paramétritiques.

L'interprétation lymphatique avait, dès lors, tout envahi, et il ne restait plus rien du rôle attribué soit au tissu cellulaire, soit au péritoine. Dans cette théorie, du reste, comme dans les précédentes, l'inflammation partait de la muqueuse de l'utérus et la métrite initiale attirait alors toute attention du clinicien (4).

Au début même des débats contradictoires qui partageaient la majorité des gynécologistes, une théorie

(1) Extrait du *Traité de Gynécologie clinique et opératoire*, qui va paraître incessamment chez Georges Masson, éditeur.

(2) Grisolle. — *Archives générales de médecine*, 1859. — Bourdon. *Revue médicale*, 1841.

(3) Il convient de mentionner seulement les notions antérieures : Mauriceau attribuait toutes les tumeurs post-puerpérales à la rétention des lochies, Puzos croyait à une métastase laiteuse et son opinion, soutenue jusqu'au commencement de ce siècle par Ritgen, A. E. Siebold, Busch, etc., a laissé de ses vestiges encore vivaces dans les préjugés populaires.

(4) Nonat. — (*Gazette des hôpitaux*, 1850, p. 97, 110, 129.) — Eleuthère Martin. Thèse de Paris, 1851. — Valleix. *De l'infl. du tissu cell. péri-utérin.* (*Union méd.*, 1853.) — Gallard. *De l'infl. du tissu cell. qui entoure la matrice.* Thèse de Paris, 1855.

(1) Bernutz. (*Archives gén. de médecine*, 1857.) — Bernutz et Goupil. *Clinique médicale sur les maladies des femmes*, t. II, 1er mémoire, Paris, 1862.

(2) M. Duncan *A practical treatise on perimetritis and parametritis*, Edimbourg, 1869. — J. Y. Simpson. (*On pelvic cellulitis and pelvic peritonitis, clinical lectures on the diseases of women*, éditées par A. R. Simpson, Edimbourg, 1872).

(3) J.-L. Championnière. Thèse de Paris, 1870.

(4) Il conviendrait encore à propos de ces débats de citer les noms de Gosselin, Doherty, Churchill, Lever, Bennett, Kiwish, Scanzoni, et plus récemment de Olshausen, Spiegelberg, W. A. Freund, Monprofit, Routier, Poirier, etc. Mais je ne fais pas ici un historique complet, me bornant à esquisser l'évolution des idées.

© ANM

s'était fait jour timidement, et, faute de démonstration suffisante, n'avait pas reçu l'accueil qu'elle méritait. Aran (1), qui le premier eut une vue nette de l'importance extrême de l'ovaire et de la trompe en pathologie utérine, devança, on peut le dire, son époque, en subordonnant franchement la pelvi-péritonite à l'inflammation des annexes de la matrice. Il indiqua nettement que celles-ci forment toujours le foyer central autour duquel pus et fausses membranes s'amassent. Des observations isolées (2) tendant à démontrer cette proposition furent publiées mais passèrent inaperçues.

Actuellement, on tend à revenir à la doctrine d'Aran, sans affirmer pourtant, me semble-t-il, avec assez de décision que seule elle peut et doit rendre compte de toutes les inflammations péri-utérines. Les auteurs les plus récents (3) conservent encore une description séparée pour la paramétrite et la périmétrite en y ajoutant parfois l'adéno-lymphite, et le lecteur désorienté ne sait comment se reconnaître au milieu des subtilités d'un diagnostic illusoire. Pour ma part, je me rallie franchement à la doctrine d'Aran. Les faits que j'ai observés me démontrent que presque toutes les inflammations péri et para-utérines ne sont que des salpingites et des péri-salpingites (4). Les lymphatiques y jouent assurément un grand rôle, mais ce rôle est lui-même subordonné à l'inflammation antérieure de la muqueuse de l'utérus et de son prolongement dans l'oviducte. Or, c'est le phénomène primordial qui doit imposer son nom à la maladie.

Je décrirai successivement les diverses formes anatomiques que peut affecter l'inflammation autour de l'utérus et ses annexes, en commençant par la plus atténuée pour arriver ensuite à des formes de plus en plus graves. Ces types cliniques sont:

1° *La péri-métro-salgingite séreuse;* 2° *L'abcès pelvien;* 3° *Le phlegmon du ligament large;* 4° *La cellulite pelvienne diffuse.*

Anatomie pathologique. I. Péri-métro-salpingite-séreuse. — Ce n'est pas dans les autopsies que l'on peut observer cette lésion; mais il est possible de la voir très distinctement au cours de certaines opérations. Pour ma part, j'ai, à deux reprises, trouvé une infiltration œdémateuse de l'aileron du ligament large autour d'une trompe atteinte de salpingite purulente. Avant la laparotomie, et par la palpation bimanuelle, cette infiltration donnait la sensation d'une tumeur assez volumineuse qui pouvait, à tort, être attribuée à la trompe elle-même. La lymphangite joue assurément un grand rôle dans cet *œdème aigu* donnant lieu à des *noyaux inflammatoires*. On en a la preuve dans l'engorgement qui se produit parfois dans les ganglions inguinaux, lesquels communiquent avec les lymphatiques de la surface de l'utérus par un petit vaisseau qui suit le ligament rond.

Ces œdèmes durs peuvent sans doute envahir le tissu cellulaire lâche qui entoure l'oviducte sous l'influence d'une poussée aiguë de la salpingite qui leur sert de noyau. Il n'est pas inadmissible non plus qu'une effusion de muco-pus ou de sang provenant de la muqueuse enflammée vienne irriter de temps à autre le cul-de-sac de Douglas où les annexes sont si souvent prolabées (L. Tait). Quoi qu'il en soit, l'œdème inflammatoire intermittent autour des annexes malades ne saurait être contesté. L'observation directe l'a démontré, et l'induction autorise à l'invoquer, avec de Sinéty, dans les cas où des masses volumineuses apparaissent et disparaissent en quelques jours sur les côtés de l'utérus, comme cela a été constaté par tous les cliniciens. C'est ainsi qu'une fluxion consécutive à une carie dentaire amène une tuméfaction volumineuse de la joue dont on ne trouve souvent plus de traces au bout de quarante-huit heures (1).

A cet œdème inflammatoire du tissu conjonctif sous-péritonéal, comparable anatomiquement à *l'œdème expérimental* produit par le procédé de Ranvier, se joint parfois une sécrétion de sérosité entre les fausses membranes autour des annexes et en particulier dans le cul-de-sac de Douglas, formant des *collections séreuses*. Des ponctions capillaires faites dans ces circonstances dans un but thérapeutique ont mis le fait hors de doute et établi sa fréquence. Du reste, il a pu être constaté au cours de certaines laparotomies. A. Doran (2) a publié un cas curieux où une collection séreuse de cette nature a été prise, après l'ouverture de l'abdomen, pour un sarcome de l'ovaire, qu'on n'osa pas extirper; la rapide disparition de la tumeur ne laissa aucun doute sur sa nature.

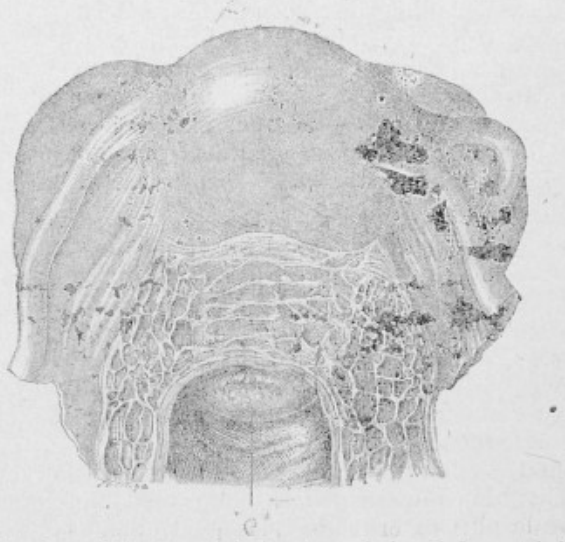


Fig. 5. — Péri-métro-salpingite séreuse (œdème inflammatoire).
C. Col de l'utérus, vu par une ouverture faite à la paroi du vagin.

Tel est le premier degré de l'inflammation péri-utérine; il correspond dans l'immense majorité des cas à un type clinique très défini, celui des poussées aiguës éphémères dans les inflammations des annexes. C'est aussi à lui que se rapportent les paramétrites circonscrites et larvées qui ont été invoquées pour expliquer le relâchement ou la rétraction des ligaments de l'utérus (Schultze).

La péri-métro-salpingite suppurée présente deux types cliniques fort différents. L'un correspond aux

(1) Aran. — *Leçons cliniques*, p. 667.
(2) Darolles. — *Annales de gynéc.*, t. IV, p. 427. — Bouveret. (*Ibidem*, t. VI, p. 419.)
(3) A. Martin. — *Traité clinique des maladies des femmes*, trad. franç., Paris, 1889.
(4) Voir sur ce sujet : J. W. Taylor. *Clinical lecture on pyosalpinx, with remarks on the old faith and the new, regarding parametritis.* (*The Lancet*, 1889, vol. II, p. 581.)

(1) De Sinéty. — *Traité pratique de gynécol.*, 2e édit., Paris, 1884, p. 817. — *Des inflammations qui se développent au voisinage de l'utérus considérées surtout dans leur forme bénigne.* (*Progrès médical*, 1882).
(2) Alban Doran. — *Anterior serous perimetritis simulating ovarian sarcoma when explored by abdominal section. Recovery with disappearance of the cyst.* (*Trans. of the Obst. Soc. London*, 5 janv. 1889).

© ANM

phases ultimes de la pelvi-péritonite des auteurs, comme la salpingite et le pyosalpinx correspondent aux premières phases : c'est l'*abcès pelvien*. L'autre, le *phlegmon des ligaments larges*, est caractérisé par un mode d'extension particulière de la suppuration, déterminé par certaines circonstances étiologiques. (*A suivre*).

ANATOMIE

Des fibres intracorticales du cerveau dans les démences (1);

par le Dr P. KERAVAL, médecin de Ville-Evrard et J. TARGOULA, interne des Asiles de la Seine.

La question des fibres nerveuses à myéline n'est pas une nouveauté. C'est tout au plus si l'on pourrait taxer de sujet nouveau celui qui se rapporte à l'étude des fibres nerveuses intracorticales du cerveau; et cependant on peut dire qu'il est bien des points de cette question qui sont encore dans l'ombre, tant au point de vue de l'anatomie normale que de l'anatomie pathologique. Nous n'avons pas non plus la prétention d'en faire l'histoire complète et de clôturer pour ainsi dire le débat par l'exposé précis des conditions différentes que revêtent les fibres nerveuses à myéline dans le cerveau de l'homme normal, ou chez le malade.

Si nous venons communiquer l'état de quelques-unes de nos recherches, c'est principalement pour réunir en une synthèse uniforme ce qui nous paraît acquis.

A l'histoire anatomique normale des fibres nerveuses intracorticales du cerveau se rattachent les noms des auteurs principaux suivants : Remak, Exner, Ranvier, Tuczek et Fischl. En se servant, tantôt des méthodes de colorations fondées sur l'élection d'un seul agent chimique, tantôt sur les procédés dits d'élection double, ces auteurs ont démontré que, de même que dans la substance grise de la moelle, on trouve dans la substance grise du cerveau des fibres blanches, et que ces fibres blanches paraissent constituées des mêmes éléments que les fibres blanches de la moelle et de la couronne rayonnante du cerveau. Ils ont essayé de décrire la manière d'être de ces fibres dans les différentes couches de la substance corticale, et, s'ils ne sont pas arrivés à spécifier exactement leur disposition, couche par couche, ils ont cependant tous été frappés de ce fait, que tangentiellement à l'écorce, dans la partie la plus externe des circonvolutions, là où il n'existe pas de cellules pyramidales, on constate normalement la présence d'un plumetis assez fourni de faisceaux de fibres myéliniques de tous calibres, dont on ne connaît pas l'usage.

Si l'on fait une coupe perpendiculaire à la direction d'une circonvolution, coupe perpendiculaire et transversale par rapport à la convexité de l'écorce, on voit d'abord à la partie la plus inférieure de l'écorce les grosses fibres ascendantes de la couronne rayonnante réunies en faisceaux; ces fibres montent plus ou moins haut dans la circonvolution, mais ne dépassent pas d'habitude la couche des petites cellules; ce ne sont pas celles auxquelles nous faisons allusion ici.

Au moment où les faisceaux ascendants des fibres de la couronne rayonnante abordent l'écorce, commencent à apparaître les fibres à myéline à direction transversale, qui coupent les premières sous un angle plus ou moins droit et tracent sur la substance corticale des espèces de carrés formant un treillis qui permet de s'orienter.

A mesure que l'œil, en quête d'investigation, s'élève dans les régions corticales et quitte la couche des grandes cellules pour pénétrer dans la couche des petites cellules pyramidales, les fibres nerveuses transverses deviennent moins fournies. On les retrouve plus abondantes et de calibres différents dans la couche superficielle sous-méningée.

Cette description générale, qui est, à peu de chose près, la synthèse des opinions des auteurs, mériterait d'être contrôlée de nouveau sur un grand nombre de pièces anatomiques. Ici, comme pour toutes les questions d'histologie fine, le contrôle imposerait des conditions de premier ordre. Il faudrait, par exemple, pratiquer des autopsies très peu de temps après la mort; multiplier les investigations par régions et par circonvolutions, en soumettant tous les segments et toutes les coupes à l'analyse des différentes techniques.

Nous avons personnellement constaté la réalité des assertions qui précèdent. Mais un autre fait nous a particulièrement frappés : sur certains cerveaux et dans certaines régions, il semble exister normalement de véritables foyers de fibres nerveuses corticales qui paraissent compenser l'absence de fibres dans les parties environnantes. Nous signalerons notamment le fait suivant : chez un homme âgé de 47 ans, mort de tuberculose pulmonaire, sans avoir présenté de phénomènes cérébraux, on voyait dans le lobule orbitaire, au niveau de la couche externe, un foyer très serré de fibres blanches, tandis que, dans une zone environnante de la même région, ces fibres faisaient défaut.

On conçoit que, si la disposition anatomique exacte n'est pas encore trouvée, la physiologie doit encore rester lettre morte ; la nature semble cependant souvent suppléer à l'insuffisance de nos connaissances sur les fonctions des organes, en produisant, par les affections dont elle dote l'humanité, des foyers pathologiques qui permettent l'interprétation du mécanisme normal.

Aussi ne s'étonnera-t-on pas de voir les auteurs avoir recours à l'examen des pièces anatomiques morbides; mais ce qui semblera surprenant, c'est qu'ils ne se contentent pas d'une constatation pour ainsi dire muette et qu'ils s'engagent plus vite qu'il ne convient en des assertions pathogénétiques hâtives. C'est ce que fit M. Tuczek. Il nota la disparition des fibres nerveuses intracorticales dans la démence paralytique et s'empressa de conclure que la paralysie générale avait pour lésion primordiale la lésion parenchymateuse des fibres en question.

Les auteurs qui lui succédèrent, en examinant des cerveaux de déments, ont proclamé à leur tour que la disparition des fibres nerveuses à myéline était commune à toutes les démences, de quelque forme qu'elles fussent et, par suite, que ce n'était pas une lésion univoque, constante, spécifique de la paralysie générale (Zacher, Emminghaus, Fischl).

Nous nous sommes proposés de rechercher la part de la vérité. Nous avons eu pour objectif, dans cette première série d'examens, de mettre en évidence :

I. — Si les fibres nerveuses à myéline intracorticales disparaissent constamment

a) Dans la paralysie générale avancée,

b) Dans la démence à la dernière période.

II. — Quelle est la forme de cette disparition dans chacun de ces groupes morbides :

(1) Cette note sera suivie d'un long mémoire que nous publierons bientôt. (*P. K.*)

© ANM

a) Relativement aux diverses couches de l'écorce,
b) Relativement aux diverses régions de l'écorce.

III. — S'il existe un rapport entre cette altération et la méningite chronique ou les adhérences des méninges à la substance corticale.

Pour l'intelligence du sujet, nous divisons l'écorce en trois couches, à l'exemple des auteurs allemands.

1. Couche granuleuse externe ;
2. Couche des petites cellules pyramidales (comoyenne);
3. Couche des grandes cellules pyramidales (cointerne).

Nous allons examiner systématiquement le résultat donné par l'examen de huit cerveaux de paralytiques généraux et de trois cerveaux de déments empruntés aux services de MM. Marandon de Montyel et Febvré à l'asile de Ville-Evrard. Les autopsies ont été pratiquées dans un espace de temps variant entre 6 et 30 h., après la mort, mais, comme nous avons rapproché les résultats constatés dans les autopsies les plus éloignées de la fin des malades, de ceux que nous révélaient les autopsies les plus proches, notamment cinq d'entre elles qui étaient toutes voisines du décès (4 h. 1/2, 5 h., 6 h., 7 h., 7 h. 1/2), les conclusions que l'on lira sont légitimes.

Fig. 6.

I. *a*). — Les fibres nerveuses à myéline intracorticales du cerveau disparaissent-elles dans la paralysie générale à la dernière période?

Les huit cas que nous avons examinés fournissent une réponse affirmative.

C'est une règle.

I. *b*). — Les fibres nerveuses disparaissent aussi dans la démence consécutive, quelle qu'ait été la forme de la maladie mentale antérieure; qu'il s'agisse de déments arrivés à la période végétative, ou de déments manifestant encore quelques idées délirantes, incohérentes, débris du délire initial primitif.

Une seule exception est relative à un malade, présentant l'aspect de la démence, chez lequel on trouva à l'autopsie un kyste du cerveau siégeant dans le lobe frontal gauche. Il s'agissait probablement d'une démence par action concurrente des troubles fonctionnels vasculaires dûs à la tumeur kystique et de la disparition complète de toute une région du cerveau d'un côté ; cette région ayant disparu, il était naturellement impossible de rechercher les fibres nerveuses : c'était une mutilation qui n'a rien à voir avec les espèces considérées ici. Dans toutes les autres régions examinées chez ce malade, les fibres nerveuses intracorticales étaient abondantes et nous ont permis de nous rendre compte de ce qu'elles étaient à l'état normal.

II. — Les formes de cette disparition se présentent de la façon que voici :

a) Dans la paralysie générale, c'est le lobe frontal qui devient le plus pauvre en fibres nerveuses à myéline intra-corticales.

Le gyrus rectus, ainsi que l'a signalé Tuczek, est le plus constamment et le plus complètement altéré. On peut dire que l'altération n'y manque jamais.

b) Il en est de même chez les déments.

C'est à dessein que nous faisons ce rapprochement qui constitue, peut-être pour la première fois dans les annales de la science, un signe anatomo-pathologique authentique et véridique de la déchéance intellectuelle regardée par les auteurs comme purement fonctionnelle.

Fig. 7.

Une région échappe souvent à la disparition et à l'altération des fibres dans la paralysie générale et dans la démence : c'est le lobule paracentral ; ce fait, signalé par Tuczek, souffre de rares exceptions.

Passons maintenant aux couches. Nous avons dit que nous adoptions la division de Tuczek en trois couches et, au début de cette note, nous avons mentionné comment se comportent les fibres de ces différentes couches dans le cerveau normal.

Or, qu'il s'agisse de la démence paralytique ou de la démence fonctionnelle, la disparition des fibres à myéline intracorticales s'effectue irrégulièrement sur toute l'étendue des couches corticales. M. Tuczek prétendait que cette disparition suivait une gradation et présentait une modalité régulière; pour lui, les fibres tangentielles sous-méningées disparaîtraient les premières, puis l'atrophie atteindrait les fibres parallèles de la deuxième couche et enfin l'altération détruirait

© ANM

les fibres les plus voisines de la substance blanche proprement dite; du moins, il en serait ainsi dans la démence paralytique. Cette allégation, nous n'avons pu la confirmer ; MM. Zacher et Fischl ne l'ont pas confirmée davantage.

Cependant nous avons constaté, qu'alors même que toute la profondeur de l'écorce paraît vierge de fibres à myéline, on peut trouver, bien que rarement, dans la zone voisine de la substance blanche, quelques fibres solitaires.

Ces caractères sont communs à toutes les démences.

Nous avons également à signaler un phénomène sur lequel personne ne nous semble avoir suffisamment insisté : à la période d'atrophie la plus avancée des fibres, dont nous nous sommes occupés jusqu'alors, correspond, le plus souvent, une déchéance plus ou moins marquée des faisceaux qui viennent de la couronne rayonnante.

III. — Existe-t-il un rapport entre l'altération des fibres à myéline intra-corticales et les lésions *macroscopiques?*

Les lésions que nous avons plus particulièrement étudiées, sont celles des méninges.

Nous avons constaté qu'il peut y avoir atrophie des fibres à myéline, sans qu'il y ait eu lésion méningitique. Les adhérences ne jouent, non plus, aucun rôle pathogénétique dans l'espèce.

Nous venons de présenter la substance de recherches qui suscitent évidemment des idées de toutes sortes; elle est la résultante de l'étude de douze cerveaux, qui ne comporte pas moins de cinq cents coupes histologiques.

Nous avons contrôlé et comparé les procédés d'Exner et de Tuczek (acide osmique), de Weigert (élection double à l'hématoxyline et au prussiate jaune de potasse) nous avons combiné les procédés d'Exner et de Weigert ; quelques-unes de ces méthodes ont l'avantage de permettre la conservation des pièces et la vue d'ensemble de tous les éléments et systèmes du cerveau. Toutefois, si perfectionnées que soient les techniques, elles sont impuissantes à réaliser, d'une façon correcte, l'étude précise et simultanée de tous les éléments histologiques dont se compose l'écorce. Nous avons donc eu raison d'intituler notre travail comme nous l'avons fait et de limiter nos recherches à l'étude des fibres nerveuses.

Les deux dessins ci-joints montrent un type d'écorce parfaite au point de vue de sa richesse en fibres myéliniques et comparativement, un spécimen d'atrophie très avancée de ces fibres.

Il s'en suit que toutes les considérations relatives aux vaisseaux, aux cellules, à la substance fondamentale, ne sauraient être effleurées pour le moment. Nous y reviendrons probablement plus tard.

Nous nous préoccuperons également, dans un autre mémoire, de fixer la date des lésions des fibres, en même temps que leur mode d'invasion, la nature de leur altération et, surtout, l'histoire des fibres normales.

On nous fera volontiers crédit, quand on songera que nous n'avons pas de laboratoire et que nous avons payé une grande partie des dépenses nécessaires pour ces investigations.

Universités étrangères. — *Faculté de Berlin.* — On vient de rayer, des registres de l'Université de Berlin, 156 étudiants qui, au cours du semestre dernier, n'avaient assisté à aucune leçon. Dans ce nombre figurent 67 étrangers.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La réforme de l'Enseignement secondaire.

M. Bourgeois, ministre de l'Instruction publique, après avoir rappelé qu'il ne décide pas seul des questions scolaires, que l'avis du Conseil supérieur est nécessaire, déclare que, sur presque tous les points touchés par les précédents orateurs, ce Conseil a déjà préparé des solutions. Depuis 1872, un considérable mouvement de réformes s'est développé, sauf un arrêt en 1874, avec une logique rassurante pour aboutir, en 1880, à la grande réforme qui est aujourd'hui la charte fondamentale de notre enseignement secondaire. On l'a accusée de surmener l'esprit des élèves, de transformer l'éducation intellectuelle et morale en un apprentissage d'encyclopédie. A la vérité, chacun, au début, s'étant efforcé de faire large part à la science qu'il représentait, il s'est produit une sorte d'encombrement ; depuis, peu à peu, l'ensemble des matières à assimiler par les enfants s'est réduit et harmonisé. Quel est le résultat obtenu ? M. Bourgeois, si on le poussait un peu, le trouverait parfait. Pour les exercices physiques, il convient qu'ils ont pris récemment un développement extérieur quelque peu théâtral ; mais il croit que cet apparat, destiné à disparaître, n'a pas été inutile au succès de l'innovation qui serait peut-être restée mort-née dans les lycées, si on n'avait eu recours à une certaine publicité. Tous les témoignages s'accordent à reconnaître que les études ne souffrent nullement de l'impulsion donnée à l'éducation physique.

Quant à l'étude du grec et du latin, dont M. G. Boissier constatait la décadence, en 1872, l'opinion du savant professeur ne serait plus la même aujourd'hui. Si on écrit moins bien ces deux langues, on les comprend mieux ; s'il y a moins d'éducation littéraire, il y a plus d'éducation intellectuelle véritable et, en somme, les épreuves finales sont plutôt supérieures, au point de vue de la maturité de l'esprit, à ce qu'elles étaient il y a vingt ans. Pour les compositions françaises et d'histoire, plus de sérieux et de portée d'esprit. Pour les langues vivantes, les examens de Saint-Cyr révèlent un progrès considérable. Pour les sciences, les épreuves se fortifient au point d'inquiéter par l'élévation de leur niveau le directeur des études de l'Ecole polytechnique. La discipline, c'est certain, est moins étroite, plus souple, plus paternelle, sinon plus maternelle. Des rapports plus cordiaux entre les maitres et les élèves ont fondé l'ordre véritable, celui qui s'obtient du consentement réfléchi de ceux qui l'observent. Le sentiment de la dignité personnelle s'est développé en même temps qu'un certain esprit de corps ; tous deux se traduisent, dans la vie extérieure, par des habitudes meilleures.

M. Bourgeois concède pourtant que certaines modifications sont encore nécessaires. Il faudra appliquer plus rigoureusement les examens de passage, bien que déjà ils éliminent environ un dixième des élèves. Le ministre a déjà réformé la procédure ; au lieu de décider seul sur l'ensemble des notes, le proviseur ne prononcera l'admission ou l'ajournement que sur l'avis collectif et concerté de tous les professeurs de la classe.

© ANM

Du baccalauréat, M. Bourgeois reconnaît tous les défauts ; il annonce un projet, à peu près arrêté, de réforme profonde du baccalauréat ; le point principal en sera la faculté pour l'élève d'apporter l'ensemble des notes et des témoignages reçus au cours de ses études, M. Bourgeois exigera que le livret scolaire soit régulièrement tenu, et il faut s'attendre à voir dénoncer cette mesure comme un moyen détourné de reconnaître et de favoriser les élèves des établissements de l'Etat.

Pour ce qui est de la question de fonds, le rôle relatif des lettres anciennes et des lettres modernes, il importe de la bien poser. Il ne s'agit pas de supprimer les lettres anciennes ; personne n'y songe. Ce qui est en question, c'est de savoir si l'enseignement des lettres anciennes n'est pas imposé à nombre de jeunes gens qui pourraient en recevoir un autre, s'il n'en est pas par là même affaibli. C'est l'opinion de M. Boissier, de M. Lavisse, de beaucoup de défenseurs autorisés de l'Université.

Il est donc nécessaire, à côté de l'enseignement classique, d'en avoir un autre. Quel sera-t-il ? Il existe déjà sous le nom d'enseignement spécial, et ce nom, qui est le contraire de la vérité, a nui beaucoup à son développement. Une autre cause de son insuccès, c'est qu'au début, il a eu un caractère ambigu, qu'il a été conçu à la fois comme un enseignement secondaire classique et comme un enseignement technique professionnel. Malgré cette contradiction qui pesait lourdement sur lui, il s'est cependant développé, mais du côté classique. Le temps des études s'est allongé, les lettres, l'histoire, les langues étrangères prennent dans le programme une place plus grande au détriment de la partie technique ; en 1886 fut institué un baccalauréat spécial et plus tard créée l'agrégation pour les maitres. Cette évolution, qui a la valeur d'une expérience, indique la voie à suivre. La solution doit consister à achever de placer l'enseignement moderne sur le pied d'égalité avec le vieil enseignement classique.

M. Bourgeois termine en donnant du futur enseignement moderne une définition qui est la paraphrase éloquente de celle de l'enseignement classique par M. Chalamet.

M. Berthelot croit que le futur enseignement dont a parlé le ministre doit chercher son orientation du côté scientifique. Comme M. Chalamet et M. J. Simon, il pense que les lettres anciennes ont une vertu éducatrice spéciale ; pas plus qu'eux il n'en fournit la preuve. On s'étonne de voir un homme de sa valeur ne trouver d'autre argument pour défendre le grec et le latin que l'éternelle redite : « *quia est in eis virtus educativa.* »

Par une singulière contradiction, M. Berthelot admet d'ailleurs que dans toute éducation, littéraire ou scientifique, les langues modernes sont indispensables et doivent jouer aujourd'hui un rôle de premier ordre. Comment le leur accordera-t-il en même temps qu'aux langues anciennes ? Selon M. Berthelot, un enseignement d'où seraient exclues les langues anciennes serait nécessairement un enseignement de seconde catégorie ; entre lui et l'enseignement ancien s'établirait une rivalité qui amènerait la disparition de l'un d'eux ; si l'enseignement classique était vaincu, il en résulterait un abaissement intellectuel notable, un grave détriment pour la civilisation et le haut enseignement de la nation française. Cette considération terrifiante n'empêche pas M. Berthelot de préconiser l'institution d'un nouvel enseignement, diminuant la surcharge extrême des programmes, supprimant le surmenage, délestant l'enseignement classique. Dans ce nouvel enseignement, ce ne seraient plus les littératures modernes, mais les sciences qui supplanteraient les lettres anciennes. Et, cela, parce que dans les sciences aussi « *est virtus educativa* ». De montrer que cet enseignement ne sera pas de seconde catégorie et ne risquera pas de tuer l'enseignement classique, en amenant « un abaissement intellectuel notable, etc., » M. Berthelot n'a cure. Il convient que son système rappelle beaucoup celui de la bifurcation, qui, à son avis, eût été praticable et aurait pu réussir, s'il avait été perfectionné et appliqué avec bonne volonté. Le système de la bifurcation a succombé sous le mépris et le mauvais vouloir du personnel enseignant. L'enseignement secondaire spécial, venu plus tard, a souffert du même parti pris, et aussi de son caractère mal défini. M. Berthelot voudrait que l'enseignement spécial, débarrassé de sa partie professionnelle remise à l'enseignement primaire supérieur, donnant place à l'enseignement classique français, devint l'enseignement commun à tous les enfants jusqu'à l'âge de quatorze ou quinze ans. A cette époque, pour les uns, pour ceux qui viseraient l'Ecole polytechnique, l'Ecole de Saint-Cyr, l'Ecole Centrale, l'Ecole de médecine (!) ou de pharmacie, les sciences prendraient le dessus ; les autres, les jeunes gens qui se destineraient au droit, aux carrières administratives, aux archives, à la littérature, se livreraient à l'enseignement classique des lettres anciennes. Il y aurait ainsi des lycées d'ordre littéraire et des lycées d'ordre scientifique. On identifierait les grades et les diplômes des deux enseignements, et, pour les professeurs, on accorderait l'équivalence des titres.

M. Trarieux voit, dans la nécessité pour l'enfant de choisir entre les deux ordres de lycée, dès le début de ses études, la condamnation du système de M. Berthelot.

M. Bardoux demande ce que le ministre entendait en disant qu'il voulait deux enseignements secondaires, parallèles, égaux, ayant la même sanction, les mêmes avantages, ayant tous deux pour but de former l'âme des jeunes gens. S'il en doit être ainsi, l'un des deux enseignements est de trop : l'enseignement basé sur les langues mortes disparaîtra à bref délai.

Le ministre explique qu'il a voulu simplement dire qu'il fallait faire cesser l'espèce d'infériorité morale où se trouve l'enseignement spécial, alléger les études classiques du trop-plein d'élèves qui les encombre et les alourdit ; et qu'il ne voit là rien d'inquiétant pour l'enseignement classique. Les débouchés ne seront évidemment pas les mêmes ; mais ce n'est pas le moment de dire quel sera le diplôme exigé pour chaque carrière en particulier.

M. Bardoux trouve la réponse peu précise. Il comprend très bien et approuve qu'on veuille relever l'enseignement spécial, mais il tient à savoir s'il pourra conduire aux carrières libérales aussi bien que les études classiques proprement dites : il y va de l'avenir des lettres anciennes. Le ministre répond : « Pour un

© ANM

certain nombre de ces carrières, oui! » M. Maze n'est pas aussi satisfait que le ministre de l'état des études littéraires dans les lycées ; pour lui, la faiblesse de ces études s'accuse de plus en plus. La première cause en est le baccalauréat. Le ministre promet de le réformer ; les réformes du baccalauréat, M. Maze sait ce que valent celles qu'on a faites et s'inquiète de celles qu'on projette. Il aimerait mieux la suppression pure et simple du baccalauréat. Une autre cause de l'affaiblissement des études, est le peu de sérieux des examens de passage, où les intérêts matériels l'emportent sur les intérêts moraux. En réalité, tous les élèves sont reçus ; quelques-uns seulement ne passent qu'après la rentrée, en perdant dix ou douze jours de la nouvelle année classique. M. Maze tient pour impossible de nier que beaucoup de familles veulent pour leurs enfants un enseignement relativement élevé, mais ne comportant pas le grec et le latin; il faut absolument tenir compte de ces aspirations. Comment? M. Maze repousse le système de M. Berthelot, en souvenir de la bifurcation qu'il qualifie de fléau ; il veut un enseignement secondaire français, relativement fort et élevé ; mais il n'accepte pas l'équivalence générale et absolue des diplômes ; toujours parce que dans les lettres anciennes «*est virtus educativa*».

M. Combes voudrait tirer les conclusions du débat. Il apparait d'abord que le baccalauréat est condamné de tous les côtés. M. Combes en aurait préféré la suppression, mais il se contente du projet du ministre. Sur la question de principe, les divergences s'atténuent; de tous les côtés on désire voir l'enseignement spécial se fortifier et se classer, de fait comme de droit, à côté de l'enseignement classique. On reste divisé sur la nature classique et l'égalité de valeur des deux enseignements. Pour M. Combes, si l'on admet l'excellence des maitres du XVII[e] siècle, même en concédant la supériorité du siècle de Périclès sur celui de Louis XIV, la question est vidée, parce que le temps manque pour s'assimiler le goût et l'art de toutes les époques. Un choix s'impose fatalement, si regrettable que cela soit. Devant des nécessités inéluctables, le champ d'études de l'antiquité va se rétrécissant au bénéfice des connaissances modernes. M. J. Simon lui-même a dû faire des sacrifices, et, de la gymnastique intellectuelle prétendue indispensable, il ne reste plus que l'explication et la traduction des auteurs; les mêmes exercices se peuvent faire avec les langues modernes. M. Combes serait donc très satisfait des déclarations du ministre, s'il ne doutait de leur réalisation. Par les convenances et par l'usage, à défaut de texte légal précis, le ministre est obligé de prendre l'avis du Conseil supérieur de l'instruction publique. Et la composition de ce Conseil qui s'est déjà prononcé en 1885 ne lui inspire pas un bien vif espoir contre les doctrines soutenues par M. Combes. Le tableau de l'enseignement classique tracé par M. Maze est absolument vrai. On dit que les réfractaires au grec et au latin ont plus de mauvais vouloir que d'impuissance. C'est une erreur; l'unité des esprits est une conception théorique, la diversité des aptitudes est le fait certain. Qu'on laisse donc une voie ouverte à ceux qui sentent leur impuissance originelle au regard du grec et du latin. M. J. Simon a dit qu'il fallait avant tout former des hommes. M. Combes soutient que si l'on peut en former avec les grands écrivains de l'antiquité, on le peut tout aussi bien avec les grands écrivains modernes.

Pour nous, il ressort de cette discussion, terminée par l'ordre du jour pur et simple, que l'on est loin encore d'aboutir à une réforme sérieuse de l'enseignement secondaire. Les partisans des anciennes humanités ont raison quand ils disent que deux enseignements classiques ne peuvent vivre côte à côte, que l'un des deux tuera l'autre ; les défenseurs des modernes ont raison de vouloir un enseignement en rapport avec les besoins de notre époque et de soutenir que, pour l'éducation, les auteurs modernes valent les anciens ; M. Berthelot lui-même a raison de vouloir faire aux sciences une large part dans l'instruction générale. Tout le monde demande un enseignement intellectuel et moral aussi élevé que possible, et tout le monde a raison ; mais les faits aussi ont raison. M. Maze l'a dit : « Il ne s'agit pas de défendre ou d'attaquer les humanités ; il s'agit tout simplement de se rendre à l'évidence, à la réalité des faits. » — Or, la réalité, c'est que le grec est mort: les professeurs eux-mêmes ne le savent pas ; l'évidence, c'est que le latin se meurt : les professeurs ne le savent guère. Bon ou mauvais, le fait est là. Prenez-en donc courageusement votre parti. A des études dont personne ne veut plus, qu'on ne fait que par force, sans goût, avec la hâte de terminer pour les oublier au plus vite, renoncez hardiment, tandis qu'il est temps encore de les remplacer par une culture équivalente. Et peut-être, quand vous n'imposerez plus à toute la jeunesse française dix ans de travaux forcés sur le grec et le latin, peut-être verrez-vous reparaître les hellénistes et les latinistes dont la race va s'éteignant. E. T.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 12 juillet 1890. — Présidence de M. Chauveau.

M. Gley. — *Contribution à l'étude du tétanos du cœur.* — La question de savoir si le muscle cardiaque peut entrer en tétanos a été souvent discutée. Pour beaucoup de physiologistes, le tétanos du cœur, quand on l'obtient par des excitations électriques suffisantes, n'est pas identique au tétanos musculaire ordinaire. La contraction de début dans le cœur n'est jamais brusque et verticale, mais toujours un peu allongée, les secousses ne seraient jamais complètement fusionnées. Sur des grenouilles empoisonnées par le sulfure d'allyle, on peut voir se produire, après l'excitation électrique, un fusionnement complet des secousses, semblable à ce qu'on observe dans le tétanos des muscles striés. Les tracés obtenus avec des courants d'intensité différente démontrent que l'on peut observer tous les degrés entre la forme tétanique propre au cœur et le tétanos des muscles striés.

M. Gley dépose une note de M. Grenet, de Nancy, sur *un cas d'anosmie.*

M. Déjerine a recherché avec M. Tuilaut, à Bicêtre, l'*état du champ visuel dans la syringomyélie.* Le rétrécissement du champ visuel n'existe comme symptôme fixe, jusqu'à présent, que dans l'hystérie et la névrose traumatique. Dans l'épilepsie, où il existe aussi, il est tout à fait transitoire. Dans la syringomyélie, en présence de toute

© ANM

altération matérielle du fond de l'œil, il peut exister un rétrécissement du champ visuel très marqué, aussi accentué que celui qui caractérise l'hystérie. Ces recherches ont porté sur sept cas; le rétrécissement s'est toujours montré très prononcé. Ce signe ne suffit donc plus pour caractériser l'hystérie.

M. Laborde. — J'ai eu l'occasion de reprendre l'étude de *quelques sels métalliques, ceux de Strontiane* en particulier, en comparaison avec ceux de la baryte, de la potasse et de la soude. Le fait capital, qui a été pressenti par Meline, c'est que les sels de strontiane solubles, le chlorure en particulier, sont d'une innocuité remarquable. Chez le cobaye, on peut introduire 25 centigrammes de chlorure de strontiane en injection sous-cutanée, sans obtenir aucun effet appréciable. La potasse donne au contraire des effets locaux bien nets. L'injection intra-veineuse chez le chien reste également sans effet. Le baryum est infiniment plus actif, comme j'ai pu m'en assurer dans une série d'expériences dans lesquelles j'étais aidé par M. Malbec.

M. Henneguy dépose une note de M. Borrel, de Montpellier, *sur la signification des tumeurs décrites comme Coccidies* dans certains épithéliomes. Pour lui ce sont des stades de désintégration de la cellule et du noyau. Il n'y a pas de spores, on n'obtient pas de cultures, et les réactions de ces corps par les couleurs d'aniline diffèrent de celles des Coccidies.

M. Henneguy. — M. van Beneden (Edouard) a décrit dans les cellules en division des corps particuliers, au voisinage du noyau, et leur a donné le nom de *sphères attractives*. M. Henneguy a étudié ces corps et les a vus se diviser avant le noyau lui-même.

M. Charrin dépose une note de M. Dareste sur *l'hybridité chez les oiseaux*. Les spermatozoïdes de ces hybrides ne présentent aucune anomalie; pourtant ces hybrides sont inféconds.

M. Charrin a étudié avec M. Gley un lapin qui présentait une *tumeur du maxillaire inférieur* infiltrée par une quantité considérable de Staphylococcus aureus. Ce fait doit conduire à faire des réserves sur le rôle des microbes dans la production des tumeurs. L'animal a succombé à une péricardite purulente.

M. Pilliet expose ses *recherches sur l'estomac du Lamantin* qui est un sirénien herbivore, dont l'estomac est divisé en poches multiples comme celui des Ruminants. On peut, par l'histologie, le ramener à un type assez simple, malgré sa complexité apparente. Une première poche répond à l'estomac du fond des Vertébrés, et elle contient des glandes à pepsine; il en est de même d'un appendice digitiforme qui lui est annexé. Une seconde représente l'estomac pylorique avec ses glandes à mucus; elle est divisée en deux par un étranglement incomplet et présente, de plus, deux diverticules latéraux ayant la même structure qu'elle-même. Cet estomac ne ressemble donc aucunement à celui des ruminants, dans lequel les trois premières poches ne contiennent pas de glandes à pepsine. Là, les divisions répondent à des cloisonnements incomplets de la région pylorique et à des diverticules annexés aux deux grandes poches. A. Pilliet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 15 juillet 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

M. Boucheron, à propos de la ténotomie optico-ciliaire proposée par M. Galezowski dans le *traitement de l'ophtalmie sympathique*, rappelle que dès 1876 il a proposé de faire la section des nerfs optique et ciliaire en arrière du globe oculaire dans ce cas, pensant que la cause de l'ophtalmie sympathique par lésion traumatique ancienne réside dans une névrite des nerfs ciliaires. Son opération est semblable à celle de M. Galezowski, mais elle lui est antérieure.

M. Alph. Guérin reprend *la discussion sur le chloroforme*. Dans les nombreuses chloroformisations qu'il a pratiquées, il n'a jamais eu de cas de mort. Quand celle-ci se produit on ne sait bien souvent pas pourquoi, et on doit savoir gré aux physiologistes de nous renseigner, mais ils ne sont pas plus sûrs que les chirurgiens que l'animal qu'ils endorment ne succombera pas et si la physiologie peut apporter des données incontestables, la clinique peut certainement en faire autant. Il pense que l'expérience de la mort chez le lapin par le simple passage d'une compresse de chloroforme sous le nez a une grande valeur, contrairement à ce que croit M. Verneuil, mais que la simple irritation des nerfs nasaux ne suffit pas à l'expliquer, car les réflexes nasaux ne produisent pas l'arrêt du cœur en général, par exemple dans le cas de rhinite provoquant des spasmes de la glotte ou chez les priseurs. On doit donc étudier à nouveau ces réflexes nasaux pharyngiens, quoiqu'on doive reconnaître que c'est par eux qu'on peut expliquer les syncopes mortelles au début de la chloroformisation. Aussi a-t-il pris l'habitude de ne faire respirer le chloroforme que par la bouche, en pinçant le nez du malade jusqu'à ce que l'anesthésie soit produite. Il reconnaît avec M. Franck le danger de l'intoxication quand le myocarde est affaibli. De plus, on doit éviter toute intervention avant l'anesthésie complète. Du reste, en somme, on doit se rassurer puisque la mortalité n'est que de 1 sur 5,000.

M. Léon Labbé, d'accord avec les physiologistes, admet que les accidents sont dus à deux mécanismes : 1° Au début à des phénomènes réflexes; 2° Plus tard à une intoxication. Dans la discussion sur ce sujet, en 1882, il il disait déjà : qu'on devait donner le chloroforme à doses infiniment petites, de la façon la plus continue possible, sans la moindre intermittence. En procédant ainsi on évite les accidents réflexes du début. Il suffit de placer devant les voies respiratoires du malade, *sans le surprendre*, une compresse imbibée de *quelques gouttes* seulement de chloroforme. La méthode des mélanges titrés serait l'idéal, mais elle n'est pas pratique. La dose de 15 à 20 grammes par heure au maximum suffit pour une chloroformisation complète d'après sa méthode, ce qui donne une proportion très minime de chloroforme relativement à l'air inspiré. Il est d'avis également de ne jamais opérer avant l'anesthésie complète. Quant aux méthodes mixtes, il pense qu'elles sont au moins inutiles. Si des accidents surviennent, soit cardiaques, soit respiratoires, ils sont toujours si foudroyants qu'on doit agir sans perdre une seconde et employer les deux moyens suivants : l'inversion du corps et la respiration artificielle, qui est le moyen par excellence.

M. Lagneau continue sa lecture sur *les mesures propres à rendre moins faible l'accroissement de la population de la France*. Sous le rapport de la nuptialité, les mariages décroissent et ils sont tardifs, surtout dans les grandes villes, où les hommes sentent moins le besoin de se marier. Sous le rapport de la natalité, les naissances sont de moins en moins nombreuses, surtout dans les villes. La natalité illégitime tend à s'accroître. La légitime diminue surtout par limitation volontaire. L'infécondité réelle est de 1/10 des mariages; elle est tantôt congénitale, tantôt due à des affections utérines, souvent à la syphilis. Le service militaire entretient le célibat et, par suite, la natalité illégitime. La mortalité est également plus considérable, principalement dans les villes, où elle l'est plus encore qu'elle ne paraît, à cause des nombreux enfants qu'elles envoient en province, où ils meurent. La mortalité des jeunes enfants est énorme, surtout pour les illégitimes (28,65 0/0). Les guerres sont une cause de mortalité considérable aussi. La mortalité dans les villes est due à l'athrepsie, à la fièvre typhoïde et surtout à la tuberculose. L'accroissement physiologique de la population n'est que de 1,14 0/0, tandis qu'il est de 10 en Allemagne et de 12,9 en Russie. Avec la généralisation des armées à tous les hommes valides, la force militaire devenant proportionnelle à la population, notre dépopulation peut entraîner notre infériorité politique.

M. Javal demande qu'une discussion s'engage à propos

© ANM

de la communication de M. Lagneau et dépose la proposition suivante : L'Académie appelle l'attention des pouvoirs publics sur les conclusions du mémoire de M. Lagneau, d'après lesquelles l'arrêt d'accroissement de la population reconnaît pour cause principale la diminution volontaire de la natalité, diminution causée uniquement par la situation faite aux familles nombreuses par les lois fiscales et militaires.

ELECTION *de deux associés nationaux*. — M. Marchand (de Fécamp) est élu par 46 voix ; M. Loir (de Lyon), par 38 voix. P. S.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 11 Juillet 1890. — PRÉSIDENCE DE M. DUMONTPALLIER.

M. JOFFROY. — *Syringomyélie et maladie de Morvan.* — Nous avons été amenés, M. Achard et moi, par une observation suivie d'autopsie, à conclure que la syringomyélie peut donner lieu aux symptômes de la maladie de Morvan. M. Déjerine a fait à cette conclusion certaines objections auxquelles nous croyons devoir répondre.

M. Déjerine invoque, en faveur de la distinction des deux types morbides, la dissociation de l'anesthésie, exceptionnelle dans la maladie de Morvan, tandis qu'elle serait la règle dans la syringomyélie. Mais cette dissociation a été aussi plusieurs fois constatée dans la maladie de Morvan, au moins au début. D'autre part, et ainsi que M. Déjerine lui-même l'a rappelé, la syringomyélie peut s'accompagner d'altérations de la sensibilité au contact. Notre observation fournit un très bel exemple de ce fait. On ne peut donc faire, sous le rapport des troubles sensitifs, une distinction absolue entre les deux affections. De même les panaris, constants dans la maladie de Morvan, peuvent se rencontrer dans la syringomyélie. Dans notre fait, que M. Déjerine semble vouloir rejeter du cadre de la maladie de Morvan, ce sont précisément les panaris et les déformations consécutives qui dominent, parmi les traits du tableau morbide. Les arguments cliniques invoqués en faveur de la distinction des deux maladies n'ont donc pas une valeur décisive. Il y a des faits de transition et la ressemblance devient encore plus grande si on tient compte des symptômes communs aux deux maladies : parésie et atrophie musculaire, scoliose, troubles trophiques divers. L'état des nerfs périphériques, invoqué par M. Déjerine à l'appui de la doctrine dualiste, ne fournit même pas les éléments d'un diagnostic anatomique. Car nous avons observé des altérations analogues, sinon égales, à celles des deux cas examinés à ce point de vue par M. Gombault. Enfin la fréquence, en Bretagne, de la maladie de Morvan, sur laquelle M. Déjerine se fonde pour la rapprocher de la lèpre, ne peut pas davantage servir à établir une distinction, car nous connaissons mal l'étiologie des deux maladies, et d'ailleurs de nombreux cas ont été observés à Paris, à Reims, en Allemagne ; les faits observés par Roth (de Moscou) et Czerny, diagnostiqués syringomyélie, présentent de bien grandes analogies avec le mal de Morvan. Nous croyons donc devoir maintenir nos conclusions : la syringomyélie est une maladie à symptomatologie complexe suivant le siège et l'étendue des lésions spinales et la présence ou l'absence de névrites périphériques. Elle peut donner lieu au complexus défini par Morvan ; mais nous ne pouvons pas affirmer pour le moment que la syringomyélie soit l'unique lésion de la maladie de Morvan.

M. GOMBAULT. — Dans le cas de M. Joffroy il y a à la fois des lésions de la moelle et des nerfs. Dans celui que j'ai examiné, la moelle présentait aussi une cavité, mais celle-ci pouvait être accidentelle et due à une fausse manœuvre dans la préparation. Les cordons postérieurs étaient cependant nettement sclérosés. Les nerfs présentaient de la névrite nodulaire à un degré certainement plus prononcé que sur les préparations de M. Joffroy que je viens d'examiner. Mais il y a plutôt différence de degré que de nature. Ces lésions nodulaires sont plus fréquentes dans les névrites périphériques que dans celles qui sont d'origine centrale, sans qu'on puisse cependant faire de cette forme de lésion la caractéristique des névrites périphériques.

M. GILBERT présente l'histoire d'un homme atteint de *syphilis médullaire précoce*. Ces manifestations précoces ne sont pas fréquentes : dans un mémoire publié avec M. Lion, dans les *Archives générales de Médecine*, nous n'avons pu relever dans la littérature médicale que 56 cas produits dans les deux premières années qui ont suivi le chancre. 44 avaient trait à la syphilis médullaire sans lésions cérébrales, les 12 autres étaient des syphilis encéphalo-médullaires. Elles sont deux fois plus communes dans la première année que dans la seconde et particulièrement plus fréquentes dans le cours du second trimestre ; c'est surtout au sixième mois de la syphilis qu'elles se montrent. Les accidents nerveux se montrent surtout dans les syphilis mal soignées et tenaces, dans lesquelles, à la période secondaire, on voit apparaître déjà des accidents tertiaires. Ils apparaissent presque exclusivement chez les hommes. Parmi nos 56 cas il n'y avait que quatre femmes. Ordinairement, il n'y a pas de cause occasionnelle ; cependant mon malade a accusé des fatigues, du froid et une émotion morale vive à la suite de laquelle il présenta presque immédiatement de la paralysie vésicale. Le phénomène de début est en général de la rachialgie pouvant siéger sur toute la hauteur de la colonne vertébrale. Mon malade a en effet présenté de la courbature pendant quelques jours avant le début des accidents ; puis, très rapidement, à partir de la paralysie vésicale, le tableau se complète : paraplégie, diminution des réflexes, paralysie du rectum, sensibilité thermique éteinte, sensibilités à la douleur, au contact, au chatouillement émoussées, semi-érection de la verge, œdème des membres inférieurs, suppression de la sueur dans les parties paralysées. La méningomyélite syphilitique précoce présente quatre formes anatomiques : 1° hyperhémique ; 2° embryonnaire ; 3° scléreuse ; 4° gommeuse. Le traitement mixte, énergiquement poursuivi pendant deux mois, n'a encore donné que peu de résultats chez ce malade. Il fait quelques mouvements avec les membres inférieurs, la semi-érection et la paralysie vésicale diminuent ; mais les muscles s'atrophient et présentent la réaction de dégénérescence.

M. RENAULT. — Ces cas de myélite syphilitique secondaire ne diffèrent en rien de la myélite vulgaire. C'est l'existence antérieure du chancre et l'absence de cause occasionnelle qui permettent le diagnostic. Il y a cependant des phénomènes particuliers qui peuvent faire songer à la syphilis. J'ai eu l'occasion de présenter à la *Société de Dermatologie* un cas de myélite survenue dix ans après le chancre. Le malade avait en outre des symptômes ordinaires de la myélite, un peu de ptosis gauche. Puis il présenta des accès de dyspnée, des palpitations et une tendance syncopale indiquant quelque chose de bulbaire. Dans la myélite ordinaire les accidents vont progressivement en s'augmentant jusqu'à la mort. Chez ce malade, au contraire, les accès étaient intermittents. Le diagnostic ne peut pas cependant toujours être fait par la symptomatologie seule. Dans ces cas les résultats de la médication peuvent éclairer. Mais il faut tenir compte de ce fait, que, même dans les cas d'accidents syphilitiques, elle ne réussit pas toujours. Chez mon malade, le traitement spécifique a produit d'assez bons résultats.

M. GILBERT. — Les myélites syphilitiques précoces n'ont pas ces caractères et, en dehors de la connaissance de leur cause, il est impossible de les différencier des myélites ordinaires. Le diagnostic dans les cas publiés a été fait grâce à la notion du chancre, ou bien à l'autopsie par la constatation des lésions gommeuses ou scléreuses nettement syphilitiques.

M. OLLIVIER. — Le diagnostic des syphilis médullaires doit être fait de bonne heure à cause des lésions secondaires irrémédiables qu'elles déterminent rapidement.

M. HAYEM lit une étude sur le *chimisme stomacal* se résumant en ces termes : Le chlore total T est la mesure de la chloruration ou du travail sécrétoire. Il faut en rapprocher l'abondance plus ou moins grande de la sécrétion. H+C indique l'intensité du travail de fermentation stomacale et donne la mesure quantitative de ce qu'on peut entendre par le mot *chlorhydrie*. Mais les deux termes de cette valeur doivent être aussi considérés séparément, C indiquant la quantité de travail digestif, c'est-à-dire la quantité de matière albuminoïde solubilisée, H indiquant, lorsque cette valeur est en excès, une

© ANM

déviation de ce travail. Enfin, les rapports entre A et H+C permettent d'apprécier les qualités du processus digestif. Elles sont nettement exprimées par le quotient $\frac{A-H}{C}=\alpha$.

La valeur d'α indique l'existence de fermentations anormales, évoluant en même temps que les fermentations normales et prenant une part plus ou moins grande à la production de l'acidité totale A. La diminution dans la valeur d'α exprime l'existence de composés anormaux de C, c'est-à-dire de combinaisons de l'HCl avec des dérivés ammoniacaux de l'albumine. Pour terminer ce qui a trait aux notions physiologiques qui peuvent servir de base aux appréciations cliniques, voici les chiffres relatifs à la digestion des repas d'épreuve chez l'homme sain tels qu'on les observe au bout d'une heure :

$$\left.\begin{array}{l} A=0,189 \\ T=0,321 \end{array}\right\} \left\{\begin{array}{l} F=0,109 \\ C=0,168 \\ H=0,044 \end{array}\right\} =0,212 \left\{\begin{array}{l} \\ \\ \end{array}\right. \frac{A-H}{C}=\alpha=0,86$$

M. Legroux donnne lecture d'une observation d'*exostoses ostéogéniques multiples* envoyée par le Dr Barthélemy. Il s'agit d'une fille de 13 ans, qui porte aux tibias, aux fémurs, aux omoplates, au sacrum et à l'index, des exostoses en forme de stalactites. Comme antécédents : le père est arthritique; la mère, nerveuse, porte quatre exostoses; plusieurs parents de la mère sont atteints d'une dermato-sclérose; c'est donc du côté maternel qu'il semble qu'on doit incriminer l'hérédité.

M. Chantemesse présente une observation d'*ostéite pendant le cours de la fièvre typhoïde*. Cette observation montre que la survie du bacille typhique dans l'organisme peut être plus longue que le terme de 6 à 8 semaines à partir du début de la maladie. Le malade dont il s'agit est un homme de 29 ans qui a eu la fièvre typhoïde en 1867. Il est resté six semaines à l'hôpital, puis à passé six semaines à Vincennes. Au bout de ces trois mois, douleurs vives, surtout la nuit, dans le membre inférieur, la jambe était restée droite. Depuis lors, la jambe, qui est toujours douloureuses, urtout à la suite de fatigues, s'est incurvée de plus en plus.

Cette lésion est-elle produite directement par le bacille typhique? Récemment Orloff a publié une observation de périostite très douloureuse du tibia développée neuf mois après la dothiénenthérie. On fait l'incision du périoste et entre celui-ci et l'os on trouve une tumeur du volume d'une amande, granuleuse et renfermant le bacille typhique à l'état de pureté. La persistance du bacille typhique dans l'organisme parait très variable. J'ai, depuis cinq mois, dans mon service, un homme qui ne peut guérir de fièvre typhoïde. Chaque fois qu'il entre en convalescence, il fait une rechute avec nouvelle éruption de taches rosées. Le bacille typhique ne provoque pas en général de suppuration. Il en était ainsi dans mon cas et dans celui d'Orloff. Quelquefois il peut entrainer la réaction leucocytaire. Un élève de M. Troisier, M. Achalme, a constaté dans un cas de périostite suppurée post-typhique la présence du bacille d'Eberth. Une observation de M. Rendu, communiquée en 1886 à la Société Clinique, signale un fait analogue dans une pleurésie suppurée post-typhique. Deux autres observations, l'une de Valentini (pleurésie), l'autre de Frænkel (abcès péritonéal) sont venues confirmer cette découverte. Ces faits n'impliquent pas que toutes les suppurations osseuses, post-typhiques, sont dues au microbe d'Eberth; la plupart au contraire, sont dues aux organismes ordinaires de la suppuration. D'après mes expériences, dans un organisme réfractaire, le bacille typhique peut faire du pus, et lorsqu'il en provient chez l'homme c'est que celui-ci a subi depuis longtemps les attaques du virus et qu'il a acquis un certain degré d'immunité. L'ostéomyélite typhique est très tenace et n'est guère soulagée que par l'intervention chirurgicale. Peut-être pourrait-on essayer l'injection dans le foyer douloureux de substances antiseptiques. La destruction par le trépan ou la curette guérit parfois très vite quand elle est complète. Mais comme les localisations sont souvent multiples, il faut quelquefois plusieurs applications de trépan. Il en fut ainsi pour une malade entrée dans le service de M. Gosselin. Trois applications de trépan furent faites sans trouver de pus. L'année suivante, les douleurs étant revenues, M. Verneuil pratiqua un large évidement du tibia. On ne trouva pas de pus, mais cette fois la malade guérit.

M. Barié. — La suppuration est en effet très rare à la suite des périostites typhiques; M. Bourgeois, dans sa thèse très complète, n'en a trouvé que deux observations.

M. Renou. — Quand le processus est rapide il y a suppuration. Quand il est lent, la suppuration ne se produit pas et fait place à l'hyperplasie. Je n'ai vu pour ma part que deux faits de périostite suppurée.

M. Debove. — Je n'ai jamais observé de fièvre typhoïde ayant duré cinq mois.

M. Rendu. — Ces faits de rechutes sont assez fréquents. J'ai eu une malade qui a eu ainsi trois rechutes séparées par des apyrexies de huit jours, elle a duré trois mois.

M. Netter. — M. Jaccoud a publié l'observation d'une typhique dont la température fut prise continuellement pendant six mois. Elle avait eu cinq rechutes. A la seconde il y eut un abcès produit par des micro-organismes vulgaires. Ces infections secondaires ne terminèrent pas l'infection typhique, puisque la malade eut encore trois rechutes. L.-R. Regnier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 16 juillet 1890. — Présidence de M. Nicaise.

M. Larger montre le nouveau modèle de son aiguille ; il est caractérisé par la forme de la pointe qui ressemble à un trocart.

M. Larger présente à la Société le modèle définitif de son *aiguille-crochet* à sutures.

Cette aiguille-crochet, construite par M. Mathieu, cet instrument consiste essentiellement en un poinçon conique, droit ou courbe, muni vers la pointe, taillée en trocart, d'un simple épaulement dont le fil à suture suffit à combler la lumière. Il en résulte que l'aiguille pénètre dans la peau à la manière d'un instrument piquant et non tranchant, que les fibres du derme sont écartées, tunellisées, et non sectionnées, et que, grâce à la conicité de la tige, une voie lisse et régulière est frayée pour le retour du crochet non saillant de l'aiguille : en un mot, celle-ci n'accroche pas, ainsi que cela arrive avec les crochets à chas volumineux et tranchant.

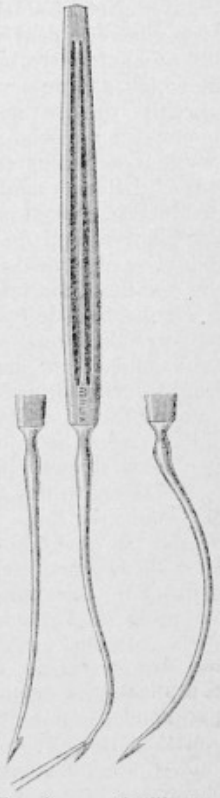


Fig. 8. — Aiguille-crochet de M. Larger (modèle définitif).

M. Kirmisson fait un rapport sur plusieurs observations envoyées par M. Boix (d'Aurillac). 1° *Adhérences vicieuses des doigts.* — Il s'agit d'une malade qui avait une adhérence vicieuse des doigts de la main droite. M. Boix, dans une première opération, libéra le pouce, l'index et le médius. L'opérée, revue un certain temps après, avait les doigts libres. En mars 1890, le résultat s'était maintenu. A cette époque, M. Boix libéra l'annulaire; l'opération réussit très bien. 2° M. Boix a adressé aussi à la Société une observation de *Ptérygion charnu* traité par la galvano-cautérisation ; une autre de *Hernie inguinale*, guérie par la cure radicale ; et une dernière ayant trait à une *fracture de cuisse* traitée par un appareil plâtré appliqué dans la demi-flexion. M. Kirmisson est partisan, lui aussi, de l'appareil d'Hennequin simplifié dans les fractures de cuisse.

M. Richelot fait une communication sur le *traitement des fibromes utérins par l'électricité*. Certes, l'électricité donne des résultats dans les fibromes utérins, et c'est là un traitement qui restera dans la pratique : à condition toutefois de ne l'employer que dans des cas déterminés. En examinant avec soin les malades, on verra qu'il y a des malades chez lesquelles il ne faut pas la recommander. Il s'agit précisément de savoir dans quels cas l'électricité doit être prescrite. M. Richelot cite des exemples de fibromes utérins dans lesquels l'électricité

© ANM

n'aurait rien donné ou aurait été nuisible. En premier lieu, comme contre-indication à l'électricité, il faut citer les fibromes compliqués de salpingo-ovarites. M. Richelot est d'avis que l'électricité ne doit pas être employée dans les cas où il y a des lésions des annexes. Il rapporte un insuccès, dû non pas à l'opération, mais à ce que l'on est intervenu trop tard, à une époque où des lésions invétérées d'artério-sclérose ont été la cause, après l'opération, d'une hémorrhagie grave ; en tous cas, l'électricité n'aurait rien donné dans ce cas. La seconde contre-indication de l'électricité est la variété anatomique du fibrome. L'électricité ne peut absolument rien dans les cas de fibromes sous-péritonéaux, pédiculés, énucléés, sortis de la paroi utérine. M. Richelot termine sa communication en disant que les opérations chirurgicales exécutées jusqu'à ce jour ont montré qu'il y avait des cas où l'électricité ne pouvait rien donner (il les a cités), et que d'autre part il existait parfois des complications telles qu'il était impossible d'attendre quoi que ce soit de cet agent.

M. Bouilly rappelle qu'on a appliqué l'électricité dans les fibromes un peu à tort et à travers, sans diagnostic précis. Il ne faut pas oublier que ce sont les fibromes compliqués de salpingites et d'ovarites qui donnent lieu aux troubles fonctionnels les plus intenses. Or ce sont ceux-là qu'on traite par l'électricité. On a tort. On oublie trop que souvent ces fibromes s'accompagnent de pyosalpinx, d'hémato-salpinx, de kystes de l'ovaire gros comme une orange, etc., et que l'électricité ne peut rien contre ces complications. Ces lésions concomitantes ne guérissent que par une opération.— Dans le gigantisme utérin, M. Bouilly a constaté de même des ovarites suppurées, etc. Or, si on enlève les annexes malades, l'utérus revient à ses dimensions primitives. M. Bouilly voudrait qu'avant de prescrire le traitement électrique on fît un diagnostic précis. Il insiste enfin sur l'hémorrhagie consécutive à l'ablation des annexes malades lors des fibromes et sur les adhérences qu'elles présentent avec les intestins. M. Bouilly a remarqué qu'au moment de l'ablation des trompes et des ovaires, il se produisait un certain suintement sanguin, parfois assez considérable ; mais, en général, il est sans importance réelle ; il cède facilement à la compression à l'aide des éponges ou des compresses stérilisées ou à un lavage à l'eau bouillie portée à 50°. Les adhérences à l'intestin sont relativement rares alors même qu'il y a une pyosalpingite ; elles sont plus fréquentes avec le gros intestin et l'S iliaque qu'avec l'intestin grêle.

M. Terrier pense que si les médecins ne font pas de diagnostic précis, cela tient à ce que ces diagnostics sont très difficiles à formuler, si l'on veut rester dans le domaine scientifique. Il cite deux cas récents, où il a fait lui-même deux erreurs de diagnostic. Il ne faut pas oublier, d'autre part, que les électriciens ont préconisé l'électricité dans les cas de salpingites ; par conséquent on ne sait pas si, dans les cas de fibromes compliqués d'ovaro-salpingites, ces médecins n'ont pas voulu guérir à la fois les fibromes et les lésions des annexes par l'électricité. Il y a longtemps que M. Terrier a insisté en France sur les lésions des annexes compliquant les fibromes ; c'est une complication extrêmement fréquente qui s'explique très bien par l'endométrite qui accompagne ces fibromes. Cette endométrite d'un utérus dilaté se propage aux annexes. Certes, l'électricité peut dans certains cas donner des résultats ; il ne le nie pas, et cite à ce propos une observation probante ; mais il reste convaincu que l'opération de choix dans les fibromes reste la *castration pratiquée le plus tôt possible*. Elle vaut mieux à son avis que l'électricité.

M. Richelot insiste sur ce point que les électriciens ont en effet la prétention de guérir les salpingites par l'électricité.

M. Terrier n'est pas de l'avis de M. Bouilly. Les adhérences intestinales, quand il y a salpingite ou ovarite, sont assez fréquentes, et ces adhérences sont surtout manifestes au niveau de l'intestin grêle. Elles sont parfois si importantes qu'on est obligé de faire, pour remédier à la déchirure de l'intestin qui est la conséquence de la destruction de ces adhérences, soit une suture de l'intestin, soit un anus contre nature.

M. Hache (de Beyrouth) fait une communication sur une *fracture comminutive du crâne ; menace de méningite ; trépanation ; guérison*. — Homme de 30 ans, ayant une fracture comminutive du crâne au niveau du pariétal droit. Pas de troubles au début ; mais au bout de quelques jours 39°. En présence de ces accidents, certainement d'origine septique, M. Hache fait la trépanation. Ablation d'une esquille osseuse ; on trouve un épanchement de sang, sans pus. Dure-mère normale, non incisée. Le soir de l'opération 37°,4 et disparition du délire. Guérison. M. Hache conclut que dans les fractures comminutives du crâne, au lieu de faire dans tous les cas la trépanation d'emblée, il vaut mieux attendre l'apparition de symptômes sérieux pour agir. De cette façon on évitera à ses malades une cicatrice dépressible dans un bon nombre de cas. En effet, dans tous les cas la plaie n'est pas infectée. Quand par malheur elle l'est, il suffit d'intervenir au moindre accident alarmant.

M. Bouilly montre une pièce anatomique. C'est un *utérus fibromateux et gravide* qu'il a enlevé en pratiquant l'opération de Porro. La malade va très bien. M. Bouilly pense avec raison, quoi qu'en disent certains de ses collègues, qu'il a agi pour le plus grand bien de la femme confiée à ses soins.

M. Richelot montre un *entérolithe* rendu avec les selles par une bretonne de 64 ans, se nourrissant surtout de sarrasin.

M. Terrier rappelle que les entérolithes sont fréquents chez les animaux herbivores et qu'ils sont formés ordinairement par des sels calcaires.

M. Th. Anger possède un entérolithe de cheval au centre duquel il y avait un morceau de fer.

Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE

Séance du 2 juillet 1890. — Présidence de M. Parinaud.

M. Gorecki présente une malade âgée de 37 ans qui, à la suite d'un traumatisme reçu sur l'œil gauche, eut une *tumeur dans la partie interne et supérieure avec colobome irien* simulant la luxation sous-conjonctivale du cristallin. Celui-ci était resté en place ; le corps vitré avait fait hernie à travers une déchirure de la sclérotique.

M. Vignes. — *Papillite* (Stanungs-papille) *par influenza*. — Parmi les accidents oculaires qui ont été signalés comme étant dus à l'influenza, il est une forme de papillite que j'ai pu observer pendant l'épidémie. Une femme âgée de 27 ans, vigoureuse, sans antécédents morbides, perdit en un jour la vue de l'œil gauche, après avoir souffert pendant dix jours de l'influenza, au mois de janvier. L'examen montra une pupille très œdématiée, proéminente, à contours diffus. Les artères étaient filiformes, les veines grosses et tortueuses. Trois semaines après, la malade pouvait compter les doigts à 0,30 centimètres, l'œdème avait considérablement diminué. Actuellement la papille est blanche, décolorée, et offre tout à fait l'aspect de l'atrophie consécutivement à la papille étranglée. Il me semble légitime de conclure, de l'enchaînement de tous les faits, que cette papillite est d'origine infectieuse et qu'elle a été produite par épanchement dans la gaine du nerf optique d'un liquide dont on ne connaît pas la nature.

M. Galezowski. — J'ai recueilli trois cas de névrite optique due à l'influenza. Au début, l'infiltration est prononcée, mais elle disparaît au bout de quelques semaines, et la papille reste décolorée.

M. Valude. — Chez une femme atteinte d'influenza et qui venait de faire une fausse couche, il s'est déclaré un phlegmon de l'orbite qui a amené une atrophie du nerf optique et de la macula. Ces accidents sont dus à la compression. Il faut incriminer, dans ce cas du moins, l'inflammation du nerf optique et du tissu cellulaire de l'orbite.

M. Parinaud. — J'ai décrit la névrite optique dont a été atteinte la malade de M. Vignes, sous le nom de *névrite optique rhumatismale*, et elle a été le sujet de la thèse de M. Roy en 1886. La vision s'altère rapidement, mais elle revient au bout de trois semaines. J'ai rapporté cette névrite à une inflammation des gaines du nerf optique et je les traite comme des sclérites. J'ai observé cet hiver cette même névrite à la suite d'influenza, où le froid n'a pas été étranger à son développement, comme pour les autres complications de cette maladie. Cette névrite est presque toujours monoculaire, exceptionnellement elle peut atteindre les deux yeux.

M. Galezowski. — Pour les cas que j'ai rapportés, je m'é-

© ANM

lève contre cette opinion que les accidents survenus puissent être attribués au froid.

M. Despagnet. — En présence d'une névrite optique double, il faut admettre une lésion centrale.

M. Gorecki. — Il y a des papillites dues à des causes différentes, le froid, le rhumatisme, dont l'évolution est rapide et qui guérissent. On ne peut pas rapprocher ces formes des névrites cérébrales.

M. Gillet de Grandmont. — I. *Ophtalmoplégie externe survenue pendant l'influenza et simulant la nona.* — J'ai eu l'occasion de donner des soins à une jeune femme qui, après avoir eu l'influenza, tomba dans un état demi-comateux avec impossibilité d'ouvrir les yeux et faiblesse presque paralytique des membres. La malade souffrait de douleurs profondes de tête et était obsédée du sentiment de sa fin prochaine. Les paupières étaient tombantes, les pupilles légèrement dilatées et peu mobiles. L'exploration des mouvements des yeux fit constater l'immobilité complète des globes. La malade était obligée de tourner la tête pour voir les personnes placées à ses côtés. J'ai pu constater l'existence d'une papillite congestive avec dilatation et flexuosité des veines de la rétine. L'application de sangsues donna les meilleurs résultats. Il y avait lieu de se demander si ce ne serait pas à des cas d'ophtalmoplégie externe survenus après l'influenza qu'on aurait donné le nom de *nona*.

2° *Greffe de peau de grenouille employée à la restauration des paupières.* — Les procédés en usage présentent tous des inconvénients. La greffe d'homme à homme, qui laisse pourtant loin derrière elle la méthode autoplastique, exige l'ablation de lambeaux de téguments quelquefois très étendus, car ils se rétractent toujours environ de 1/3 de leurs dimensions. J'estime qu'il vaut mieux s'adresser à la série animale pour obtenir des lambeaux à greffer. Dans un cas de rétraction cicatricielle complète des deux paupières j'ai obtenu un excellent résultat par la greffe de peau de grenouille. Le malade que j'ai opéré est un enfant âgé de 13 ans qui avait été absolument défiguré par une brûlure. J'ai pratiqué leur incision parallèlement aux bords ciliaires et dans la même étendue ; les paupières ont été ensuite réunies par blépharorraphie. Les plaies étaient alors comme deux segments d'ellipsoïde dont le supérieur avait environ 3 centim. de long sur 2 cent. de haut et l'inférieur 3 cent. de long sur 1 cent. de haut. Les lambeaux cutanés furent pris sur le ventre de la grenouille et appliqués par petits fragments de 3 à 4 mm. carrés. Toutefois le fragment de tissu détaché par l'avivement du bord libre des paupières fut utilisé sous forme de bande transversale que vous pouvez voir sur la cicatrice. Le pansement fait à sec avec des compresses de gaze aseptique recouverte d'iodoforme fut laissé en place trois jours. Au lever de l'appareil tous les fragments cutanés apparurent secs et avec leur couleur. La restauration a été parfaite. Il y a plus d'un an qu'elle a été faite ; la liberté a été rendue aux paupières. La peau a repris sa couleur normale. Les éléments organiques humains ont remplacé ceux qui ont été empruntés à la grenouille.

M. Valude. — Soit que l'on emploie le procédé par hétéroplastie, ou que l'on prenne un lambeau sur la face, c'est surtout au point de vue des résultats qu'il faut comparer les deux procédés. Dans l'autoplastie le lambeau conserve ses dimensions et possède une aussi grande vitalité, taillé même dans le tissu cicatriciel ; cela est connu depuis longtemps. Dans l'hétéroplastie, le lambeau se desquame à sa partie supérieure et se réduit tellement qu'il ne peut pas rendre les mêmes services.

M. Parinaud. — Dans un cas de rétraction cicatricielle de la paupière inférieure, j'ai obtenu un très bon résultat en prenant un lambeau sur le bras, beaucoup plus grand que la plaie. Il a pris surtout par la base. Tout autour il y a eu un peu de sphacèle sur les bords, mais le résultat définitif sera très bon, et je me propose de vous présenter bientôt le malade.

M. Gillet. — On ne peut apprécier les résultats qu'au bout d'un long espace de temps. Mon enfant a été opéré il y a un an : je savais que ces sortes de lambeaux prennent surtout par leur face postérieure, mais le contact est plus intime en faisant de petits îlots.

M. Javal lit une observation de *migraine ophtalmique* et présente un tableau où sont reproduites toutes les phases d'évolutions du scotome scintillant. Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est qu'elle se rapporte à un peintre distingué et bien connu qui a fait une analyse complète des symptômes et dessiné avec une scrupuleuse exactitude les différentes formes du scotome.

M. Belliard. — *Rapport sur un travail de M. le Dr Lopez (de la Havane) sur la lèpre oculaire.* — L'œil et ses annexes sont envahis par la lèpre presque toujours secondairement. Les paupières sont prises d'abord ; on y observe le développement des tubercules, l'anesthésie, la chute des cils. La cornée et enfin les membranes profondes, iris, choroïde, etc., sont envahies en général plus tard. Le traitement ne diffère en rien de celui des mêmes affections non lépreuses. Quoi qu'on fasse, du reste, l'œil est destiné tôt ou tard à l'atrophie complète.

E. Koenig.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. — Valeur du traitement de la tuberculose pulmonaire par les inhalations d'acide fluorhydrique ; par le Dr Garcin. Paris, 1889 ; G. Masson, éditeur.

II. — Expériences sur l'influence de la digitale sur la température normale et sur son action antipyrétique dans la fièvre typhoïde ; par le Dr J. Leidy. G.-S. Davis, éditeur. Détroit.

III. — A practical point in the treatment of Pott's disease of fhe spine (*Un point de pratique dans le traitement du mal de Pott*) ; par le Dr Judson. Extrait du *N. Y. med. Journ.* 22 septembre 1888.

IV. Terapeutica moderna de la tisis pulmonar ; par le Dr D.-F. Gomez de la Mata. Madrid. Inote édit. in-4°, 200 pages.

I. — L'auteur fait d'abord l'historique du traitement découvert d'une manière empirique à la cristallerie de Baccarat, et des premiers travaux du Dr Bastien.

La partie historique des expériences cliniques et bactériologiques est traitée avec grand soin et complètement. M. Garcin rapporte ensuite 20 observations de tuberculose pulmonaire traitées par les inhalations d'acide fluorhydrique. Ce moyen thérapeutique produit le retour de l'appétit, et lui donne par là « des armes pour se défendre contre la désassimilation ; » il diminue la toux incessante, fatigante pour le malade, modifie l'expectoration dans sa quantité et sa qualité. Nous voyons en effet dans les observations de l'auteur, qui sont prises avec soin, avec examens fréquents de crachats, que les bacilles diminuent en nombre et en volume ; ils ne semblent plus être en voie de prolifération. Néanmoins, à la fin du traitement de tous ces malades, on voit encore qu'il existe des bacilles, rares il est vrai dans la majorité des cas, dans l'intérieur des crachats. L'acide fluorhydrique diminuerait aussi la dyspnée, ferait cesser peu à peu la fièvre. L'organisme reprend de la vigueur sous son influence, et le poids augmente progressivement, en même temps que les déchets organiques diminuent, que les hémoptysies et que la diarrhée cessent ainsi que les sueurs nocturnes.

L'acide fluorhydrique serait donc, d'après l'auteur, un excellent parasiticide, par rapport au bacille de la tuberculose ; il empêche la pullulation, et, par là même, met l'organisme dans de meilleures conditions de résistance. Les inhalations sont répétées environ 5 fois par jour. Cette médication semble donner de bons résultats dans la première et la seconde période de la tuberculose pulmonaire ; mais on ne saurait l'appliquer que lorsque le malade est encore en état de pouvoir réparer les désordres de ses poumons.

II. — D'après M. Leidy, la digitale abaisse la température normale de 1° à 1° 1/2, hypothermie qui dure 1 ou 2 jours après l'administration du médicament. Dans la fièvre typhoïde, elle ralentit le pouls, diminue la respiration et abaisse la température. Les affections du cœur ne sont pas une contre-indication à son emploi. Il ne faut pas l'utiliser quand le pouls est fort, plein, bondissant.

III. — L'auteur préfère à l'appareil employé ordinairement, c'est-à-dire la suspension, puis la minerve maintenue par un corset plâtré, un double crampon d'acier maintenant solidement la tête et le cou, et produisant une certaine pression sur

© ANM

les points malades. L'appareil plâtré ne produirait, à son sens, qu'une pression diffuse, irrégulière.

IV. — L'ouvrage de M. Gomez commence par des considérations générales sur l'infection de la tuberculose, en résumant les travaux d'expérimentation faits sur ce sujet et sur la recherche du bacille de Koch. L'auteur décrit ensuite tous les procédés de traitement employés jusqu'à ce jour contre la phtisie pulmonaire : créosote du hêtre, sulfate de cuivre, guayacol, calomel, les chlorures alcalins, le tannin, l'acide borique, le baume de Pérou, le sublimé, le terpinol, etc.

Il passe ensuite en revue les différents procédés d'inhalations et de pulvérisations et les divers appareils usités pour ces dernières. (Inhalations de vapeurs, d'air comprimé, liquides balsamiques et solutions antiseptiques, acide fluorhydrique).

Enfin sont décrits les procédés de traitement par les injections gazeuses par le rectum, les injections hypodermiques d'acide phénique, d'arséniate de strychnine, d'eucalyptol et de menthol, et la chirurgie pulmonaire : pneumotomie, que l'auteur rejette, la révulsion par les pointes de feu, et les injections, profondes intra-pulmonaires. Le Dr de la Mata recommande surtout l'emploi de la créosote et du calomel, la suralimentation par les matières grasses. L'eucalyptol et les autres balsamiques sont utiles lorsqu'il existe des phénomènes catarrhaux, et la digitale est utile dans la dyspnée. Les inhalations à son avis, fatiguent les malades, tandis que les frictions avec l'essence de térébenthine sembleraient avoir un double but, faire une révulsion sur la peau, et faire absorber ce balsamique qui passe par les voies respiratoires. Les bains d'air comprimé donnent de bons résultats, ainsi que les lavements gazeux dans les formes torpides de la tuberculose. Les injections intra-parenchymateuses, qui paraissent avoir une action réelle, ne peuvent être employées que par le médecin d'hôpital et non par le praticien. A. R.

CORRESPONDANCE

Des cas de mort par le Chloroforme.

14 juillet 1890.

A M. le rédacteur en chef du *Progrès médical*.

Mon cher ami,

Je réponds à l'appel que votre excellent collaborateur, M. Baudouin, adressait récemment aux chirurgiens, en vous envoyant la relation des premiers cas de mort par le chloroforme que j'ai eu le malheur d'observer dans ma pratique.

J'ai hésité un instant à la faire connaître, non par préoccupation personnelle, vous voudrez certainement me croire, mais parce que je pensais et pense encore que la trop grande publicité donnée aux faits de ce genre a du moins un inconvénient, celui de répandre plus qu'il ne convient la crainte d'un agent qui rend en somme incomparablement plus de services qu'il ne cause de méfaits. Le fait que je n'ai pas hésité à me soumettre récemment moi-même à l'anesthésie chloroformique pour une opération légère mais douloureuse, me donne peut-être plus qu'à d'autres le droit de raisonner ainsi. Quoi qu'il en soit le bruit qui se fait autour de la discussion académique actuellement pendante m'ôte tout scrupule. Voici donc, sans autre préambule, mon observation.

Il s'agit d'un homme de 46 ans, entré à l'hôpital pour se faire opérer d'une hernie inguinale qu'aucun bandage ne pouvait maintenir exactement réduite. Comme cet homme ne présentait aucune tare organique appréciable, je consentis à pratiquer l'opération demandée.

Le malade vient à pied jusqu'à la salle d'opération. Il ne paraît pas autrement ému de l'intervention qui se prépare, et c'est sans aucune préoccupation apparente qu'il se livre entre nos mains. Je rappelle tout d'abord que je ne me sers jamais, pour donner le chloroforme, que du procédé dit de la compresse : compresse d'hôpital pliée en quatre, non disposée en cornet, laissée flottante au-devant de la bouche et du nez du patient. La respiration, les battements du pouls, l'aspect de visage, l'état de la pupille, les progrès de l'insensibilisation sont surveillés avec soin. On se règle sur ces différents éléments d'appréciation pour précipiter ou ralentir l'anesthésie, soit en versant sur la compresse des quantités variables de chloroforme, soit en facilitant plus ou moins l'accès de l'air, ce qui s'obtient facilement en rapprochant plus ou moins le linge de la face du malade. Je recommande de ne jamais interrompre complètement l'action de la substance anesthésique et de toujours procéder en versant le liquide par très petites doses à la fois.

Le chloroforme est donné en ma présence par mes internes. Celui qui en était chargé ce jour-là était considéré par moi comme particulièrement soigneux et prudent ; il a pour habitude, ce que je ne demande pas d'ordinaire, de verser le chloroforme sur la face externe de la compresse, de façon à obtenir une action moins directe sur les premières voies.

Je lui laisse du reste ici la parole. Ce sont les notes écrites par lui après l'accident que je me contente de transcrire.

« Chloroforme donné avec une compresse pliée en quatre. La compresse est appliquée sur la racine du nez et maintenue à 1 centimètre en dessous du menton ; l'air peut pénétrer en bas et sur les côtés. Le chloroforme est versé sur la face externe de la compresse, et celle-ci n'a jamais été retournée.

« Au moment des premières inspirations, le malade tousse à deux reprises, puis tout se calme.

« Après deux minutes de chloroformisation commence la période d'excitation qui est vive. Le malade parle, s'agite, s'assied sur le lit ; il faut être trois pour le maintenir et le ramener dans la position horizontale.

« A la fin de la troisième minute, le malade redevient plus calme ; il continue cependant à parler et à remuer, quand subitement la face devient violacée, bien que la respiration continue à se faire.

« On cesse immédiatement le chloroforme, on saisit la langue et on l'attire en dehors ; le malade fait encore quatre inspirations, puis s'arrête.

« La quantité de chloroforme employée a pu être exactement évaluée. Au début de l'opération, on en verse sur la compresse une quantité suffisante pour faire une tache de la grandeur d'une pièce de 5 francs. Un instant après on recommence. Pendant que l'on mettait la pince à langue, on en verse une troisième fois sur la compresse qui n'était plus sur le nez du malade. Cette dernière quantité n'a pas été utilisée. La quantité totale de chloroforme manquant dans le flacon (qui était gradué) est de 5 grammes ».

J'avais immédiatement fait transporter le malade jusqu'au bout de la table d'opération de façon à ce que la tête fut pendante, et la respiration artificielle est commencée. A diverses reprises j'avais eu des alertes de ce genre, jamais suivies jusqu'alors d'issue funeste. Je crus que cette fois encore il en serait de même. En effet, au bout de cinq minutes, cessant la respiration artificielle que je pratiquais moi-même, je vis distinctement le malade faire trois ou quatre inspirations spontanées, mais ce fut tout : la respiration s'arrêta à nouveau pour ne plus reprendre. Le pouls d'ailleurs, qui dès le début avait cessé de battre, demeurait insensible à la radiale.

Ce fut en vain que la respiration artificielle reprise aussitôt fut poursuivie pendant une heure. Concurremment on eut recours à l'électrisation, aux flagellations, piqûres d'éther, inspirations d'oxygène, etc., rien n'y fit. Il fallut se rendre à l'évidence et s'avouer vaincu.

Un échantillon de chloroforme employé fut analysé séance tenante et reconnu parfaitement pur. L'odeur en était franche, la réaction neutre, sa limpidité demeurait parfaite après agitation dans l'eau, il ne précipitait pas à froid une solution de nitrate d'argent, ne verdissait pas l'acide chromique, ne colorait pas l'acide sulfurique. Toutes ces recherches ont été faites devant moi par le pharmacien en chef de l'hôpital.

L'autopsie a donné les résultats suivants : intégrité complète du foie, des reins, du cerveau. Le cœur, lui, me paraissait sain, non surchargé de graisse ; les valvules étaient souples et semblaient intactes. Il y avait cependant peut-être un léger degré d'insuffisance aortique ; l'eau versée dans l'aorte filtrait lentement à travers les valvules sigmoïdes incomplètement accolées. Les poumons ne présentaient aucune altération, mais, à droite, des adhérences généralisées réunissaient les deux feuillets pleuraux.

© ANM

Cette dernière lésion suffit-elle à expliquer la terminaison fatale ? Je ne le pense pas. Il semble que la mort a été due dans ce cas à un arrêt subit du cœur. Je rappelle en effet que quelques mouvements respiratoires ont été perçus alors que la vie était déjà en réalité suspendue.

Peut-être devrait-on plutôt voir ici un exemple d'une de ces morts subites, réalisées par Paul Bert dans certaines de ses recherches sur l'action des pneumogastriques, morts qui doivent d'après lui être attribuées non à une syncope par voie réflexe, mais « à la sidération du *nœud vital* par excitation périphérique (1). » Je remarque, en effet, que, dans ses expériences, la mort très rapide, presque foudroyante, obtenue par l'excitation du bout central des pneumogastriques coupés, a été précédée de quelques mouvements inspiratoires.

Quoi qu'il en soit de ce point de physiologie, que la mort chez mes malades soit survenue par le cœur ou par le poumon, il est trop clair que nous nous sommes trouvés en présence d'une de ces sidérations des centres, contre lesquelles notre impuissance semble absolue.

Agréez, etc. CH. MONOD.

VARIA

Le Choléra en Espagne.

L'épidémie cholérique, du 13 mai au 12 juillet, a fait 251 victimes sur 443 cas dans environ trente localités de la province de Valence. Les endroits les plus maltraités ont été Puebla-de-Rugat, point de départ de l'épidémie : 155 cas et 85 décès sur 1,900 habitants; Gandia, 123 cas et 82 décès sur 9,000 habitants; Benopia, 20 cas et 19 décès sur 1,200 habitants. A Valence, il y a eu seulement quelques cas isolés. L'épidémie, disent plusieurs médecins, serait restée cantonnée dans les terrains paludéens ; elle aurait suivi le cours de deux petites rivières, au bord desquelles sont situés Rugat et Montichelvo, les premières localités attaquées.

Deux nouveaux villages viennent d'être atteints par le choléra dans la province de Valence. Dans les cinq déjà contaminés, quelques cas nouveaux. L'état sanitaire de la région est satisfaisant, M. le docteur Puig, délégué par le gouverneur civil de Barcelone, est arrivé ces jours derniers à Cerbère pour se renseigner sur les mesures sanitaires prises à notre frontière. Il se propose de les appliquer, à Barcelone, aux voyageurs venant de la province de Valence, lesquels sont chaque jour très nombreux.

La décroissance du choléra dans la province de Valence, annoncée il y a quelques jours, n'a malheureusement pas continué. Dans la journée du 14 juillet, 19 cas nouveaux se sont produits et 11 décès ont été signalés ; dans la journée d'hier, un nouveau village a été contaminé par l'épidémie ; 34 cas nouveaux et 9 décès ont été constatés. A Cerbère et à Hendaye, la visite médicale prescrite par les règlements s'y pratique néanmoins avec un soin méticuleux et sans qu'il se produise aucune réclamation de la part des intéressés.

Le ministre de l'intérieur, M. Constans vient d'adresser une nouvelle circulaire au directeur des ports de surveillance sanitaire à la frontière espagnole et aux directeurs de santé dans les ports de France. Par cette circulaire, il invite ces divers agents à lui fournir des rapports hebdomadaires : 1° sur le nombre des voyageurs entrés en France ; 2° sur le nombre des opérations de désinfection ; 3° sur le procédé de désinfection employé. D'autre part, un nouveau poste sanitaire vient d'être établi à Bourg-Madame.

Le Congrès international et les hostilités de la Presse française; par B. VIRCHOW.

Nous reproduisons, *à titre de document*, et sans commentaire le dernier article de M. R. Virchow, à propos du Congrès.

« L'article que j'ai signé dans le numéro précédent de ces Archives (vol. 120) a donné lieu à des récriminations en France. *La Revue générale de clinique et de thérapeutique* du 11 juin, après avoir signalé l'invitation adressée aux collègues étrangers, ajoute quelques lignes d'un article que j'avais écrit en 1871 et écrit ces mots : On demande si le nom du signataire de cet article est le même que celui du président du comité d'organisation du Congrès international berlinois. Si c'est le même, comme tout le fait supposer, on demande si le R. Virchow de 1870 a désavoué les paroles du R. Virchow de 1871 et celles d'C. Stark, cet « aliéniste distingué de l'Allemagne du Sud. »

« Il s'agit d'un article que j'écrivais dans ces Archives (vol. 53) et intitulé « Après la guerre. » L'auteur de l'article de la Revue générale le cite d'après une traduction parue dans la *Revue scientifique* (1871, 2e série, p. 196), mais je n'ai point écrit « un aliéniste distingué de l'Allemagne du Sud. » J'ai simplement mis « un aliéniste de l'Allemagne du Sud », sans aucune épithète, et j'ajoutais à la suite de la phrase incriminée : « ce que nous en disons n'est point dans le but de faire offense. »

« Si je voulais nettement démontrer le but et l'esprit de mon article d'alors, je le publierais de nouveau en entier. Mais je ne veux pas le faire, renvoyant à l'original ceux qui veulent être édifiés sur la question. Qu'il suffise de rappeler que je disais dans cet article : « La politique sépare, la science unit les nations, et malheur à ceux qui brisent ce lien. Puissent ces considérations aplanir le chemin de la réconciliation. Elles sont franches et honnêtes ; elles blesseront peut-être, mais on n'arrive pas à la vraie réconciliation sans explication franche. Ce n'est pas la première fois que je poursuis cette voie, et mon expérience m'encourage, puisque mes tentatives antérieures n'ont pas été stériles. »

« Je puis invoquer un autre témoignage pour prouver que cet espoir d'une réconciliation n'était pas simple tournure de phrase. Un an auparavant, alors que la guerre sévissait avec toutes ses horreurs, j'écrivais un article « La guerre et la science » qui paraissait en septembre (Tome. 51 des Archives) et qui se terminait par ces considérations :

« Puisse la médecine, qui pendant la guerre a été forcée d'agir d'un commun accord dans les deux armées, préparer l'entente intérieure, que la science exerce son influence sur la réconciliation des esprits. Que chacun des peuples apprenne que les conditions de son activité ne seront assurées que sur le terrain du développement national ; que ce terrain doit être à l'abri des actions étrangères. C'est ce devoir élevé qui, en cet instant où il échappe aux mains de l'Eglise catholique, doit être réservé à la science seule. Puisse la science mettre en œuvre la belle parole : « Paix sur la terre. »

« C'est dans cet esprit que sont écrits tous mes articles antérieurs, ainsi que l'article incriminé. C'est aussi avec cet esprit que j'ai accepté l'invitation qui m'avait été adressée d'assister au Congrès d'Anthropologie à Paris en 1878. Mais je dois dire qu'un de mes anciens élèves, M. Pouchet, a profité de ma présence à Paris pour m'attaquer violemment dans un des journaux politiques les plus répandus et dans un article rempli de fausses insinuations, m'empêchant ainsi depuis lors d'accepter de nouvelles invitations.

« Ce souvenir était peut-être trop vivant à ma mémoire lorsque j'ai écrit l'article sur le Congrès international. Je n'avais pas l'intention d'insister sur des futilités. Je voulais dire seulement à mes collègues qu'ils ne seraient pas traités à Berlin comme je l'ai été à Paris, mais qu'ils y seraient reçus avec tous les égards d'une bonne hospitalité et dans l'espoir d'une action mutuelle au moins sur le terrain scientifique. Cette nouvelle attaque me donne une bonne occasion pour renouveler ces assertions. Que nos collègues français soient persuadés que nous considérons le Congrès international comme le terrain de la réconciliation et que nous chercherons à éviter dans la presse ou ailleurs tout nouveau sujet de discorde. »

Actes de la Faculté de Médecine.

VENDREDI 25. — 2e de fin d'année d'officiat : MM. Rendu, Reynier, Retterer. — 3e de fin d'année d'officiat : MM. Delens, A. Robin, Letulle.

Thèses de la Faculté de Médecine.

LUNDI 21. — M. Lecureuil. Etude clinique de l'adénopathie péri-trachéale syphilitique et de la syphilis tertiaire de la trachée. — M. Lacombe. Contribution à l'étude clinique des localisations angio-cardiaques de la fièvre typhoïde. — M. Santoni. Contribution à l'étude des kystes du vagin, principalement au point de vue historique et anatomique. — M. Lobstein. Contribution à l'étude des amputations spontanées dans les traumatismes. — M. Tavenard. Sur un cas d'anévrisme artérioso-veineux de l'aisselle. — M. Thibault. Sur la salpingite blennorrhagique. — M. Bert. Contribution à l'étude clinique de l'asthme essentiel chez les enfants. — M. Bosnières. Contribution à l'étude des manifestations osseuses et articulaires de la fièvre typhoïde. — M. Monnier. Rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire accompagné d'autres vices de développement. — M. Saint-Aubin. Des fugues inconscientes hystériques. Diagnostic différentiel avec l'automatisme de l'épilepsie. — M. Clerval. Du sulfonal (Revue générale et observations cliniques). — M. Pigache. Emploi de l'hydrasis-

(1) Paul Bert. — *Leçons sur la respiration*, Paris 1870, p. 488.

© ANM

canadensis dans les affections utérines. — M. Vignalou. Etude sur la pleurésie à streptocoques.

MARDI 22. — M. Déjardin. Quelques considérations sur un traitement local de l'endométrite chronique. — M. Carrère. Etude sur le traitement de la teigne tondante. — M. Vergues. La dernière épidémie de grippe (décembre 1889, janvier et février 1890) à l'hôpital maritime de Brest. — M. Fourrier. Du traitement et des indications opératoires des affections dentaires pendant la grossesse. — M. Piole. Contribution à l'étude du cancer rétro-péritonéal. — M. Guyenot. Contribution à l'étude des propriétés thérapeutiques et toxiques du condurango et de la condurangine. — M. Barbier. Du rétinol et de son emploi en thérapeutique. — M. Marchadier. Contribution à l'étude de l'empyème métapneumonique (pleurésie purulente pneumococcique à vaste épanchement). — M. Douarre. Contribution à l'étude de la cirrhose alcoolique hypertrophique, — M. Sans. Sur une forme particulière de conjonctivite infectieuse semblant se rattacher à un contage animal. — M. Bidault. Etude sur les premiers essais d'anesthésie chirurgicale. — Mme Frenkel. Contribution à l'étude de la médication hypnotique analgésique. Valeur thérapeutique de l'hypnolac monochloral antipyrine. — Mme Vinaver. Etude sur le curetage de l'utérus et l'opération de Schrœder. — M. Martin. Contribution à l'étude des hygromas tuberculeux. Hygromas tuberculeux à type myxomateux. — M. Potel. Contribution à l'étude de la grippe et de son mode de transmission. — M. Lévêque-Lacroix. Essai sur la conjonctivite granuleuse chronique. — M. de Paula. Des troubles musculaires du strabisme concomitant. — Mlle Mendelssohn. Contribution à l'emploi de l'iode en obstétrique. — M. de Lauradour. Contribution à l'étude des lésions du foie dans l'éclampsie puerpérale. — M. Digoy. Délire dans la chorée. — M. Stcherbatcheff. Contribution à l'étude du doigt à ressort (*théorie articulaire, variété synoviale*). — M. Gascuel. Contribution à l'étude du mal perforant. — M. d'Hôtel. Etude clinique sur les troubles trophiques de la peau et de ses dépendances dans le rhumatisme articulaire chronique.

MERCREDI 23. — M. Lehmann. Contribution à l'étude des manifestations septicémiques et pyohémiques dans la grippe. — M. Cayet. Quelques considérations sur les divers modes de traitement de l'érysipèle et particulièrement de l'emploi des pulvérisations éthérées de sublimé. — M. Corpu. Contribution à l'étude de la dermographie. — M. Daniel. Contribution à l'étude des accidents déterminés par les injections hypodermiques et principalement les injections mercurielles. — M. Desire. De l'amygdalotomie dans le traitement de l'hypertrophie tonsillaire. — M. Steinmetz. Contribution à l'étude du traitement des fractures du corps de fémur. — M. Duchaine. Des ruptures de l'artère méningée moyenne. — M. Allard. Des rapports des accidents infectieux du nouveau-né et en particulier de l'ostéomyélite avec l'infection puerpérale. Leurs portes d'entrée. — Mlle Finkelstein. Remarques sur les pleurésies purulentes de l'enfance. — M. Regnard. Etude sur la pathologie du pouls lent permanent. — M. Wigniolle. Du lavage de l'estomac dans l'obstruction et l'occlusion intestinales. — M. Champeil. Recherches histologiques sur la voûte du crâne membraneux primordial. — M. Leloup. Cathatépulis. — Mlle B. Dylion. De l'insertion vicieuse du placenta (Essai de clinique thérapeutique). — M. Lefauve. De la nécessité d'un examen obstétrical précoce, pour éviter les présentations définitives de l'épaule et du siège.

JEUDI 24. — M. Renaud. Sur un appareil à chloroformer. — M. Bertrand. Contribution à l'étude de l'albuminurie intermittente non cyclique chez les gens bien portants. — M. Kocher. Contribution à l'étude du pouls lent permanent. — M. Tripier. Contribution à l'étude de la cure des ulcères variqueux. — M. Mazery. De l'azote dans les eaux minérales. — M. Targowia. Essais sur les fibres intracorticales du cerveau dans la paralysie générale et la démence. — M. Bourdon. Du traitement de l'érysipèle de la face par l'aconitine cristallisée. — M. Ladouce. Contribution à l'étude du sarcome de l'ovaire. — M. Rohart. Contribution à l'étude de la pectoriloquie aphone et de sa valeur séméiologique. — M. Mally. Contribution à l'étude des pleurésies par les lavages interpleuraux. — M. Sous. De l'automatisme comital ambulatoire. — M. Cherbuliez. Contribution à l'étude spectro-photométrique du sang oxycarboné. — M. Marie. Contribution à l'étude des troubles oculaires dans la paralysie générale. — M. Dourisboure. Des idées de persécution dans l'alcoolisme. — M. Fauconneau. Folie cardiaque. — M. Dubut. Sur un cas de kyste sanguin spontané du péritoine. — M. Bellencontre. Traitement de la métrite chronique du col. — M. De le Vallé. Etude comparée de la compression et de la réfrigération dans le traitement des orchites. — M. Blanc. Etude critique sur les lésions des nerfs récurrents. — M. Pierre. Des complications non cancéreuses de l'appareil pulmonaire dans le cancer de l'estomac. — M. Choppin. Marche de la pneumonie caséeuse chez l'enfant. — M. Four. Des hémorrhagies du tube digestif dans la terminaison de la cirrhose alcoolique. — M. Blin. De l'idée de persécution dans la mélancolie et le délire de persécution. — M. Lecomte. Recherches bibliographiques et cliniques sur le traitement palliatif des corps fibreux par l'électricité, les injections d'eau chaude, le curetage de l'utérus, le massage, l'ergot de seigle et l'hydrastis canadensis. — M. Gendron. Etude sur les troubles oculaires d'origine utérine. — Madame Pokitonoff. Contribution à l'étude des complications oculaires de l'influenza. — Mlle Jakubowska. Des résultats immédiats et éloignés du traitement électrique des fibromes utérins par la méthode du Dr Apostoli.

VENDREDI 25. — M. Maerle. Contribution à l'étude du sulfonal et de son action hypnotique chez les aliénés. — M. Goisque. De la trachéotomie dans le cancer de l'œsophage. — M. Gasser. Etudes bactériologiques sur l'étiologie de la fièvre typhoïde. — M. Barisien. Paralysies et polypes des cordes vocales. — M. Blaizot. Traitement des tuberculoses chirurgicales par les injections médicamenteuses. — M. Lacaze-Duthiers. Traitement chirurgical de l'exstrophie de la vessie par un procédé nouveau. — M. Murray. Recherches sur la durée de la délivrance chez les primipares et les multipares. Conduite à tenir.

SAMEDI 26. — M. Mathieu. Du signe de Frédéric Müller dans l'insuffisance aortique. — M. Lancry. La commune de Fort-Mardick. — Mlle Roussel. Troubles sympathiques du cœur dans les maladies de l'utérus. — M. Saint-Cyr-de-Montlaur. Etude des signes de la pointe dans l'insuffisance aortique. — M. Lombardi. Considérations sur la valeur thérapeutique de l'électrotype dans la cure des rétrécissements. — M. Martin. Des troubles psychiques dans la maladie de Basedow. — M. Reyes. Contribution à l'étude de l'état mental chez les enfants dégénérés. — M. Brionne. Contribution à l'étude de la forme nerveuse de la grippe et de ses complications. — M. Jacob. Essai critique sur le projet de loi portant revision de la loi du 30 juin 1838. — M. Frossard. Du lavage de l'estomac dans la sitiophobie des aliénés. — M. Robert. Des myopathies dans la sclérodermie. — M. Cousin. De quelques symptômes communs au rhumatisme chronique et aux affections nerveuses. — Mme Kouindjy née Pomeranetz. Valeur diurétique de la Théobromine. — M. Vacher. De la thermométrie en clinique. — M. Deleage. Etude clinique sur la maladie de Thomsen. — M. Caussade. De la néphrite pneumonique.

Enseignement médical libre.

TECHNIQUE BACTÉRIOLOGIQUE ET MICROBIOLOGIQUE. — Le Dr LATTEUX, chef de laboratoire de la Faculté, commencera, le 18 août, un cours pratique. Les élèves seront exercés individuellement et répéteront eux-mêmes toutes les expériences (Recherches de bacilles, méthodes de coloration, cultures des principales espèces, préparations). Les microscopes et autres instruments seront à leur disposition. Le nombre des places étant limité, on est prié de s'inscrire d'avance, 17, rue du Louvre, de 1 h. à 2 h.

FORMULES

IV. — Poudre de Camphre composée (Tully).

IV. — Cette poudre remplace la poudre de Dover.

Sulfate de morphine	4 grammes.
Camphre officinal.	aà 80 grammes.
Extrait de racine officinale . . .	
Craie préparée.	

0,65 centigrammes contiennent : 0,01 de morphine et 0,21 de camphre.

V. — Traitement de la scarlatine.

V. — Depuis quelque temps on essaie, à l'hôpital des Enfants-Malades, dans différents services, un nouveau traitement de la scarlatine, l'*acétate d'ammoniaque à hautes doses*. Ce médicament a été préconisé par M. le Dr Vidal (d'Hyères), qui s'en est très bien trouvé dans plusieurs cas graves.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 6 juillet 1890 au samedi 12 juillet 1890, les naissances ont été au nombre de 1064 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 412 ; illégitimes, 134, Total, 546. — *Sexe féminin :* légitimes, 368 ; illégitimes, 150, Total, 518.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 6 juillet 1890 au samedi 12 juillet 1890, les décès ont été au nombre de 834 savoir : 450 hommes et 384 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 2, F. 3, T. 5. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 24, F. 22, T. 46. — Scarlatine : M. 3, F. 3, T. 6. — Coqueluche : M. 3,

© ANM

F. 3, T. 6. — Diphthérie, Croup : M. 19, F. 17, T. 36. — Choléra : M. 00, F. 00, T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 79, F. 64, T. 143. — Autres tuberculoses : M. 15, F. 15, T. 30. — Tumeurs bénignes : M. 3, F. 4, T. 7. — Tumeurs malignes : M. 10, F. 29, T. 39. — Méningite simple : M. 17, F. 15, T. 32. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 26, F. 16, T. 42. — Paralysie : M. 5, F. 1, T. 6. — Ramollissement cérébral : M. 2, F. 2, T. 4. — Maladies organiques du cœur : M. 19, F. 27, T. 46. — Bronchite aiguë : M. 7, F. 8, T. 15. — Bronchite chronique : M. 19, F. 11, T. 30. — Broncho-Pneumonie : M. 10, F. 7, T. 17. — Pneumonie : M. 11, F. 18, T. 29. — Gastro-entérite, biberon. M. 29, F. 22, T. 51. — Gastro-entérite, sein : M. 8, F. 5, T. 13, — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 1, T. 2. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 4, T. 4 — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 0, T. 0. — Débilité congénitale : M. 8, F. 10, T. 18. — Sénilité : M. 9, F. 11, T. 20. — Suicides : M. 22, F. 2, T. 24. — Autres morts violentes : M. 5, F. 1, T. 6. — Autres causes de mort : M. 90, F. 62, T. 152 — Causes restées inconnues : M. 4, F. 1, T. 5.

Mort-nés et morts avant leur inscription: 73, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 31, illégitimes, 11 Total : 42. — *Sexe féminin :* légitimes, 20 ; illégitimes, 11. Total : 31.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE. — M. LADEN (Edouard-Emile-Honoré), bachelier ès lettres, est nommé aide-préparateur des travaux pratiques de chimie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, en remplacement de M. Dubois, démissionnaire. — M. DUBUS (Paul), bachelier ès sciences, est nommé aide-préparateur de matière médicale et d'hydrologie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, en remplacement de M. Duhem, démissionnaire.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER. — M. MERZ, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie d'Alger, est nommé professeur de clinique obstétricale à ladite Ecole.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE CAEN. — M. CATOIS, docteur en médecine, licencié ès sciences naturelles, suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen, est nommé professeur d'hygiène et de thérapeutique à ladite Ecole.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LIMOGES. — M. PEYRUSSON, pharmacien de 1re classe, chargé de cours à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges, est nommé professeur de chimie et toxicologie à ladite Ecole.

CHOLÉRA AU TONKIN. — On signale l'existence du choléra au Tonkin depuis le 15 mai dernier. L'épidémie aurait débuté à Sontay et aurait envahi Hanoi, Tuyen-Quan.

EXPÉRIENCE DE MOBILISATION D'UNE AMBULANCE DIVISIONNAIRE. — Une expérience de mobilisation sur le pied de guerre d'une ambulance du 18e corps a eu lieu cette semaine, à Bordeaux, et a pleinement réussi. En une heure et demie l'opération de l'embarquement en gare du matériel a été terminée. Le matériel se compose de médicaments, pansements, objets de pharmacie, instruments divers, etc.

MÉDECINS DES LYCÉES. — M. le Dr SÉJOURNET est nommé médecin du lycée de Bourges, en remplacement de M. le Dr Bercioux, décédé.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr DEQUEVAUVILLER, ancien interne des Hôpitaux de Paris, décédé à Paris. — M. Alphonse FANE (de Genève), membre correspondant de l'Académie des Sciences de Paris depuis 1879, dans la section de minéralogie. M. Fane est l'auteur d'excellents travaux sur le système des Alpes et l'histoire du globe. — M. le Dr Charles J.-B. DEMANGE, professeur honoraire à la Faculté de Médecine de Nancy, décédé à l'âge de 76 ans. M. Demange était professeur à l'Ecole de Nancy, lors du transfert dans cette ville de la Faculté de Strasbourg. Il fut nommé alors professeur adjoint à la Faculté de Nancy. Il était médecin de l'hospice Saint-Julien et président honoraire de l'Association de Prévoyance des médecins de Meurthe-et-Moselle et de la Société de médecine. — Nous apprenons la mort du Dr BOUGIER (de Paris), à l'âge de 36 ans.

Phthisie, Bronchites chroniques. —EMULSION MARCHAIS.

Phthisie. VIN DE BAYARD à la peptone phosphatée, le plus puissant reconstituant de la thérapeutique. Une à deux cuillerées par repas.

Dyspepsie. — VIN DE CHASSAING. —*Pepsine.* — *Diastase.*

Dyspepsie. Anorexie. — Ces états pathologiques si fréquents et qui compromettent si gravement la nutrition, sont rapidement modifiés par l'Elixir et pilules GREZ Chlorhydro-pepsiques (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.

Albuminate de fer soluble (LIQUEUR DE LAPRADE) le plus assimilable des ferrugineux (Pr Gubler). Une cuillerée à chaque repas. Chlorose et troubles de la menstruation, c'est le fer gynécologique par excellence.

VACCIN DE GÉNISSE pour 5 personnes, 75 c. — Pour 20 personnes, 1 fr. 50. — Echantillons gratuits. Dr Chaumier, à Tours.

Précieuse. Source de VALS, très efficace contre les affections du Foie et de la Vessie. (Calculs, Gravelle, Diabète, Goutte, etc.) *Prescrite par les Médecins des Hôpitaux de Paris.*

Chronique des Hôpitaux.

HÔPITAL LOURCINE-PASCAL (111, rue de Lourcine.) — *Conférences cliniques de Gynécologie.* — M. le Dr S. POZZI : le lundi, à 9 h. 1/2 du matin. Opérations le mercredi.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — *Maladies contagieuses du cuir chevelu.* — M. le Dr QUINQUAUD : le mardi, à 10 heures. — *Clinique dermatologique et syphiligraphique.* — M. HALLOPEAU, le samedi, à 10 heures.

HÔPITAL COCHIN. — M. le Dr DUJARDIN-BEAUMETZ, clinique thérapeutique, le mercredi, à 9 h. 1/2. Le lundi, conférence de thérapeutique et de bactériologie, par MM. les Drs Bardet et Dubief, chefs de laboratoire. Le vendredi, conférence clinique par MM. de Grandmaison et Mallet, internes du service.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Leçons de Clinique chirurgicale.* — M. le Dr TERRILLON : mercredi, à 10 heures. Visite des malades à 9 heures du matin. Opérations le mardi et le samedi. — M. le Dr Auguste VOISIN. Conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, le dimanche, à 10 heures.

HÔPITAL DU MIDI. — *Clinique syphiligraphique.* — M. le Dr Charles MAURIAC, le samedi, à 9 h. 1/2 du matin.

HOSPICE DE BICÊTRE. — Visite de la section des enfants idiots et épileptiques (service de M. le Dr BOURNEVILLE), le samedi, à 9 heures.

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 a cessé 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 à partir du **25 juillet**, *augmentée de* UN FRANC *pour frais de recouvrement. Nous les engageons donc à nous envoyer de suite 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.

AVIS A MM. LES AUTEURS ET ÉDITEURS

Le PROGRÈS MÉDICAL rappelle à MM. les Auteurs et Editeurs que les ouvrages dont il sera reçu deux exemplaires seront annoncés au Bulletin Bibliographique et analysés, s'il y a lieu ; ceux dont il ne sera reçu qu'un exemplaire seront simplement annoncés.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

© ANM

18e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XII. N° 30. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 26 JUILLET 1890.

Le Progrès Médical

GYNÉCOLOGIE

Péri-métro-salpingite (*suite*) (1) ;

(Inflammation péri-utérine, péri-métrite, para-métrite, pelvi-péritonite, phlegmon du ligament large, adéno-lymphite, adéno-phlegmon juxta-pubien, abcès pelvien, cellulite pelvienne) ;

par S. POZZI, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Lourcine.

ABCÈS PELVIENS. — Cette expression ne doit plus être comprise comme elle l'était encore récemment. En effet, les pyosalpinx volumineux, qui forment de grandes poches purulentes adhérentes par une grande partie de leur surface au petit bassin, ont longtemps été pris pour des collections de pelvi-péritonite enkystée ou pour des abcès développés au-dessous du feuillet péritonéal, et appelés à tort *abcès pelviens*. Leur véritable origine est, à la vérité, difficile à démontrer, et demande une décortication du sac tubaire que les premiers opérateurs qui sont allés chercher le pus dans l'abdomen n'auraient pas osé entreprendre, alors même qu'ils l'auraient cru possible. Quand on se trouve en présence, à l'ouverture du ventre, d'une poche égale ou supérieure au volume des deux poings, circonscrite de tous côtés par des ahhérences, semblant faire corps en arrière avec le cul-de-sac de Douglas qu'elle remplit, soudée latéralement au pelvis et supérieurement à l'épiploon et même à l'intestin, il est très naturel de penser qu'il y a là un *abcès* formé, soit dans le tissu sous-péritonéal (para-métrite), soit dans le péritoine cloisonné par des fausses membranes (pelvi-péritonite) ; il s'agit pourtant alors, dans la grande majorité des cas, d'un *kyste purulent tubaire* qui, d'abord libre, a été soudé par un travail ultérieur. C'est ce dont on peut s'assurer par la décortication hardie de cette poche (qu'il est prudent de vider d'abord par l'aspiration). On se trouve en présence, quand ce travail, souvent très laborieux, est terminé, d'un kyste muni d'un pédicule interne inséré sur la corne de l'utérus, et l'on reconnaît qu'on avait véritablement affaire à la trompe dilatée.

La majeure partie des prétendus *abcès pelviens* traités par la laparotomie et l'incision, sans tentative d'extirpation totale, par L. Tait, Hegar, Terrillon, etc., il y a encore peu d'années, n'étaient donc que des pyosalpinx adhérents, qu'actuellement on doit s'efforcer d'extirper en totalité (2). Leur histoire clinique et opératoire appartient au chapitre des pyosalpinx, auquel je renvoie.

Reste cependant parmi ces collections enkystées un certain nombre de cas où la fusion avec les parties voisines est telle qu'une ablation totale serait impossible ou trop dangereuse. Ces faits peuvent être différenciés, avec raison, par une appellation spéciale, et le nom d'*abcès pelviens* peut leur être conservé, en spécifiant qu'il sera réservé aux *collections purulentes non énucléables*. Ce nom a donc une valeur chirurgicale plutôt qu'anatomique. De fait, à l'autopsie, il est impossible, généralement, dans ces cas avancés, de se rendre compte de la nature de la paroi de l'abcès, et de savoir s'il s'agit du péritoine, d'une fausse membrane ou de la paroi de la trompe dilatée (1).

Parmi les abcès pelviens, et pour la même raison, on doit classer certains kystes inclus dans le ligament large, certaines hématocèles, ayant suppuré et s'étant transformés en collection purulente, en abcès, adhérant de tous côtés et indissolublement aux parties molles ou dures du pelvis. Parmi les cas d'abcès pelviens guéris par la laparotomie et l'incision que cite L. Tait (2), on en trouve un qu'il rapporte à une grossesse extra-péritonéale intra-ligamentaire. On ne rencontra pas de vestige de fœtus dans le pus, mais seulement des débris de placenta.

L'adhérence intime d'un pyosalpinx aux parois pelviennes ou aux organes contenus dans le petit bassin est un premier pas vers l'ouverture spontanée. Celle-ci tend à se faire surtout dans le rectum ; après une première évacuation qui a détendu la poche, momentanément, une nouvelle survient, et bientôt la communication entre la poche et l'intestin devient, sinon permanente, au moins régulièrement intermittente. Ces *fistules* se produisent aussi du côté du cul-de-sac vaginal, quoique plus rarement. Enfin, si le développement de l'abcès s'est accompli peu après l'accouchement, quand les annexes soulevées par l'ascension de l'utérus gravide ont une tendance à se porter en avant, la suppuration peut se faire jour dans la loge antérieure du petit bassin, et, après s'être étalée dans la cavité prévésicale de Retzius, fuser vers le pli de l'aine ou l'ombilic (3).

(1) Voir *Progrès Médical*, n° 29.

(2) Tel est en particulier le cas des observations publiées par Terrillon. *Ouverture des abcès intra-péritonéaux et profonds du bassin par la laparotomie.* (*Bull. de de la Soc. de Chir.*, 1887, 1er juin, p. 367.)

(1) On trouvera de nombreux exemples de ces difficultés d'interprétation de pièces. Alph. Guérin (*Leçons cliniques sur les mal. des org. génitaux int. de la femme*, Paris, 1878, p. 358) rapporte qu'il a eu l'occasion d'assister à l'autopsie d'une femme morte, dans le service de Nonat, d'une affection qualifiée *phlegmon péri-utérin* par ce médecin, tandis qu'il a constaté qu'il s'agissait d'une *pelvi-péritonite*. Cela lui prouve « que la pelvi-péritonite est bien la maladie que Nonat a rapportée à l'inflammation du tissu cellulaire péri-utérin ». Mais A. Guérin passe ici sous silence l'état des ovaires et des trompes. — Goudeau et Moulonguet (*Bull. de la Soc. anatomique*, 27 avril 1887) ont montré une pièce caractéristique à ce point de vue. Il s'agissait d'un pyosalpinx survenu en dehors de l'état puerpéral, et ayant donné lieu à tous les symptômes classiques de la pelvi-péritonite de Bernutz. On trouva, à l'autopsie, le petit bassin rempli par une masse volumineuse remontant jusqu'auprès de l'ombilic et recouverte par les intestins, qui lui adhéraient intimement. L'utérus était refoulé à gauche par une tumeur fluctuante grosse comme les deux poings, pleine de pus, à parois épaisses ; elle était formée de deux poches communiquant entre elles. Elle était accolée à l'utérus et semblait développée aux dépens de la trompe et l'ovaire droit, dont il était impossible de retrouver les traces.

(2) L. Tait. — *Pathological importance of the broad ligaments.* (*Edimburgh medical Journal*, août 1889.)

(3) Bernutz (*Archives de tocologie*, tome I, 1874) cite deux cas de suppuration péri-utérine ouverte à la région ombilicale ; les malades moururent. — Alph. Guérin (*Leçons cliniques*, etc., Paris, 1878, p. 283) cite un cas où une fistule ombilicale persista longtemps et guérit après une nouvelle grossesse ; il semble qu'il s'agissait, dans ce dernier cas, d'un phlegmon du ligament large survenu peu de jours après l'accouchement.

© ANM

Ces *abcès pelviens fistuleux* constituent une variété des plus importantes. A une période éloignée de leur développement initial, ils se réduisent à des clapiers de peu d'étendue, mais très sinueux et plongés dans du tissu d'induration chronique dont la cure est excessivement difficile (1).

Klob (2) a indiqué la dégénérescence graisseuse fréquente des fibres musculaires de l'utérus, au voisinage des suppurations pelviennes. J'ai eu moi-même l'occasion de l'observer : elle est particulièrement appréciable quand on essaye de décortiquer une poche adhérente à cet organe, qui se déchire alors facilement.

Des amas indurés formés par l'infiltration et la prolifération du tissu conjonctif existent souvent sur la limite des abcès pelviens et s'étendent plus ou moins loin d'eux. Ils peuvent survivre à leur évacuation et constituer des *résidus* très longs à se dissiper. L'épiploon peut aussi présenter des masses ligneuses d'épiploïte chronique. Toutes ces lésions disparaissent très vite après l'évacuation du foyer purulent.

Le phlegmon du ligament large est presque toujours consécutif à un récent accouchement, lorsque le tissu cellulaire de ce repli séreux a été distendu et relâché, et que ses veines, rendues variqueuses, sont le siège de thrombus ou même présentent des ruptures qui ont permis au sang de s'épancher en nappe plus ou moins grande. Il y a là un état anatomique éminemment propre à favoriser l'invasion rapide, en masse, de la suppuration. Quel est, du reste, son point de départ précis? L'infection se fait-elle par les trompes enflammées qui occupent le bord supérieur du repli ou par une véritable péri-lymphangite des gros troncs qui côtoient le ligament large? Les deux processus sont également vraisemblables et peuvent, du reste, coexister; ce qu'il importe de ne pas perdre de vue, c'est l'état anatomique préalable qui permet à la lésion de revêtir un caractère spécial, celui d'un *phlegmon* ayant tendance à la diffusion, bien différent d'un *abcès* circonscrit.

Il n'existe dans la science que peu de documents anatomiques précis sur cette affection. Dans une autopsie publiée par A.-H.-N. Lewers (3), on trouve signalés des faits intéressants : les deux feuillets du péritoine étaient séparés par une exsudation abondante qui partait du bord inférieur de la trompe et s'étendait jusqu'à la base du ligament, en bas, jusqu'à la paroi pelvienne, en dehors. La trompe était étirée au-dessous de la surface convexe de cette tuméfaction; l'auteur ne donne aucun détail sur son état anatomique, qu'il ne paraît pas avoir recherché, mais il signale expressément un petit abcès dans l'épaisseur de l'ovaire et dit que sa surface adhérait par des exsudations récentes à la surface du ligament large. Il est donc extrêmement probable que la trompe était malade, et en tous cas le ligament large a pu être infecté par l'ovaire suppuré. La coupe du ligament large montrait un tissu aréolaire comme celui d'une grosse éponge, dont les cavités renfermaient un liquide séro-sanguinolent. Dans une autopsie à laquelle a assisté Carter (1), la coupe du ligament large donnait l'idée d'une injection interstitielle de matière plastique séparant les uns des autres les éléments normaux, maintenant les veines distendues, les lymphatiques immobilisés et béants.

L'infiltration inflammatoire se propage facilement en dehors sous le péritoine le long du psoas iliaque, jusque vers l'épine iliaque antérieure et supérieure, et là elle déborde dans le pannicule adipeux sous-cutané par des points faibles de la couche musculo-aponévrotique, orifices vasculaires et canaux nerveux. Dès que la poche purulente est devenue tangente aux parois abdominales, elle s'y est soudée et a, par suite, donné lieu à la sensation d'une plaque ou d'un plastron résistant (2). La suppuration succède d'ordinaire à l'infiltration, mais elle peut manquer; le processus s'arrête alors et le phlegmon se résout, ne laissant subsister après lui que des masses cellulaires indurées. Dans ces circonstances, j'ai observé un phénomène curieux et peu connu qui survient assez longtemps après que les phénomènes d'inflammation péri-utérine paraissent entièrement dissipés : alors que tout semblait terminé, on voit apparaître les signes d'un foyer plus ou moins éloigné du lieu d'origine, vers la fosse iliaque, dans la gaine du psoas et jusque dans le tissu cellulaire péri-néphrétique. Il semble qu'il soit demeuré là des vestiges, des résidus septiques qui évoluent tardivement, après avoir perdu tout point d'attache avec leur premier point de départ. Il est probable aussi que les lymphatiques jouent un rôle capital dans la formation de ces *abcès tardifs*, analogues à ceux qu'on voit se produire dans les régions où a évolué une lymphangite, plusieurs jours après sa disparition.

Dans tous les faits précédents, l'infection septique était plus ou moins localisée et aboutissait à des lésions maintenues dans de certaines limites. Il n'en est pas toujours ainsi : à la suite de certains empoisonnements puerpéraux, l'infiltration s'étend rapidement à tout le tissu cellulaire pelvien, à la manière d'un érysipèle malin, d'où le nom d'*erysipelas malignum puerperale* que lui a donné Virchow (3). Les tissus œdématiés ont une couleur livide, les lymphatiques sont remplis de microcoques, les veines contiennent des caillots ou du pus; ces cas-là sont presque fatalement mortels. Le rôle capital des lymphatiques ne saurait ici être mis en doute ; on est en présence d'une véritable lymphangite septique partie de la plaie utérine et englobant tout ce qui entoure l'appareil génital. C'est à ce type clinique

(1) Trélat (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 26 décembre 1888) les a très nettement indiqués sous le nom de « cas complexes se reliant plus ou moins directement aux salpingites et aux pelvi-péritonites anciennes ». Il propose pour eux le nom de *cellulite pelvienne*, que je réserve, pour ma part, à une autre espèce. — Wiedow (3e *Congrès des gyn. allemands*, Fribourg, 1889. *Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 30) fait aussi une catégorie spéciale des abcès fistuleux. On a signalé l'ouverture de pyosalpinx et d'abcès pelviens dans la vessie ; je crois que le fait d'Auguste Reverdin (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1888, p. 1016) n'est pas probant et que la lésion vésicale a pu être produite par le trocart et non par une perforation spontanée. Les observations de Mundé (*Amer. Journ. of obst.*, février 1886) montrent la facilité de cette blessure. Quant aux ouvertures de suppurations pelviennes à l'échancrure sciatique, et au triangle de J.-L. Petit dans la région lombaire, elles sont, je crois, plutôt relatives à des abcès de la fosse iliaque par péri-typhlite, ou à des abcès péri-néphrétiques, et non à des suppurations provenant des organes génitaux. Des confusions ont été souvent faites à ce sujet.

(2) Klob. — (*Wien. med. Wochenschr.*, 1862, nos 48 et 49. — *Path. Anat. der weibl. Sexual-organe*, 1868.

(3) Arthur H. Lewers. — *Not on the post-mortem appearances of the broad ligament.* (*Transact. of the Obst. Soc. London*, vol. XXX, p. 7, 1888).

(1) Carter. — *Ibidem*, p. 9.

(2) Terrillon (*Archives de Tocologie*, 1889, p. 170) a montré par des observations probantes que le plastron abdominal se produit lorsque les annexes enflammées viennent se mettre en contact avec la paroi abdominale; le contact peut même ne pas être immédiat, mais se faire par l'intermédiaire de masses inflammatoires périphériques englobant l'épiploon. Ce fait avait été signalé par Polk. (*Americ. Journ. of obstetrics*, 1887, t. XX, p. 631).

(3) Virchow. — (*Archiv. f. patholog. Anatomie*, Bd. XXIII).

© ANM

que je propose de réserver le nom de *cellulite pelvienne diffuse* (1).

Étiologie générale. — Je ne reviendrai pas sur ce qui a été dit relativement à l'étiologie des inflammations des trompes, et qui s'applique très exactement ici, puisque, à l'exception de la cellulite pelvienne diffuse, qui constitue une classe à part, toutes ou presque toutes les inflammations péri-utérines ne sont que l'extension d'un foyer tubo-ovarien. Je me bornerai à signaler les circonstances étiologiques particulières aux diverses catégories que j'ai distinguées.

Les *noyaux d'œdème inflammatoire* s'observent dans le cours de toutes les formes d'inflammation aiguë ou chronique des trompes (2).

Les *abcès pelviens* succèdent au pyosalpinx ou à la suppuration d'un kyste ovarique inclus ou d'un foyer d'hématocèle pelvienne au voisinage d'une trompe enflammée. La temporisation excessive, les explorations trop prolongées et trop violentes favorisent leur formation.

Les *phlegmons du ligament large* s'observent-ils en dehors de l'état puerpéral, dont j'ai essayé de faire ressortir l'influence prédisposante ? Bernutz admet que, sur vingt cas, il y en a dix-sept qui doivent être rapportés à l'état puerpéral. Frarier (3), dans un travail qui eut un grand retentissement, a prétendu que le phlegmon du ligament large ne s'observait jamais en dehors de cette étiologie restreinte. Cette opinion est trop exclusive, et l'infection de l'utérus par des opérations septiques paraît avoir amené les mêmes accidents; quoi qu'il en soit, ils sont toujours l'indice d'une infection plus intense et à évolution plus rapide que celle qui produit les abcès pelviens circonscrits.

Enfin, la *cellulite pelvienne diffuse* pourrait survenir dans les mêmes conditions, accouchement ou opération quelconque sur les voies génitales accomplis dans des conditions de septicité exceptionnelles ; elle est assez comparable à la cellulite qu'on voyait autrefois survenir après les opérations graves sur la vessie ou sur le rectum. (*A suivre.*)

(1) Alex. J. C. Skene, *Pelvic cellulitis* (*The Brooklyn med Journal*, janvier 1889, t. III, p. 1), confond sous ce nom de cellulite pelvienne, ainsi que beaucoup d'auteurs, à la fois ce que j'appelle abcès pelvien et cellulite pelvienne diffuse.

(2) La salpingite initiale, point de départ des accidents, a le plus souvent été méconnue jusqu'ici. Je n'en veux pour preuve que l'excellent tableau clinique tracé par de Sinéty, (*loc. cit.*, p. 815) où, sous le nom d'*inflammation circum-utérine proprement dite*, il décrit admirablement les symptômes de la salpingite catarrhale, y compris les coliques salpingiennes, qu'il rapporte, après les avoir soigneusement notées, « à la constipation si fréquente dans ces conditions, et à la présence du gaz dans l'intestin. »

(3) Frarier. — *Etude sur le phlegmon du ligament large*. Th. de Paris, 1866.

Médecins des Bureaux de Bienfaisance. — M. le Dr Perrin (Ch.-A.) est nommé médecin honoraire du Bureau de Bienfaisance du XXe arrondissement.

Muséum d'Histoire naturelle de Paris. — *Excursion géologique*. — M. Stanislas Meunier, docteur ès sciences, aide naturaliste, fera du 5 au 10 août 1890, une excursion géologique publique aux environs de Saint-Etienne et du Puy en Velay, et spécialement aux mines de houille de Grand'Croix et dans le massif du Mézenc. Le rendez-vous est à Paris, gare de Lyon, où l'on prendra, le dimanche 3 août 1890, à 8 heures 45 du matin, le train pour Saint-Etienne. Une réduction de 50 0/0 sur le prix des places en chemin de fer sera accordée aux personnes qui s'inscriront au laboratoire de géologie avant le 1er août à 4 heures du soir. On trouvera au laboratoire tous les renseignements relatifs à l'excursion, et spécialement un programme imprimé donnant le détail de l'itinéraire.

CLINIQUE INTERNE

Contribution à l'étude de la cachexie pachydermique (*Idiotie myxœdémateuse*) (*suite*) (1);

par BOURNEVILLE.

Observation V. — *Père intelligent, offrant une microcéphalie légère; fièvres intermittentes passagères. — Grand-père paternel opéré d'un calcul de la vessie. — Grand'mère paternelle morte d'un cancer de l'utérus. — Arrière-grand-père paternel mort de la goutte. — Arrière-grand'mère paternelle morte aliénée. — Mère nerveuse. — Grand'mère maternelle morte de phtisie, ainsi que huit grands-oncles maternels.*

Accouchement à 10 mois (?). — Persistance de la fontanelle antérieure à 5 ans. — Symptômes caractéristiques de l'idiotie myxœdémateuse.

Y... X... de B... (Espagne), est âgée de 5 ans. — *Père*, 33 ans, négociant, assez grand, jouit d'une bonne santé, est très intelligent, bien que son crâne soit peu développé (microcéphalie légère) et que le front soit étroit et bas; le visage est très allongé, le *nez aquilin*. Il est plutôt sanguin que nerveux, pas de diathèse, aucun accident nerveux; il a eu à 18 ans des *fièvres intermittentes* qui ont duré cinq jours. [*Père*, 70 ans, opéré autrefois par Ricord d'un *calcul* de la vessie, bien portant. — *Mère*, morte d'un *cancer* de l'utérus. — *Grand-père paternel* mort de la *goutte*. — *Grand'mère paternelle* morte *aliénée*. — *Grand-père maternel*, pas de détails. — *Grand'mère maternelle* morte à 80 ans. — Deux *frères* et deux *sœurs* bien portants, sans accidents nerveux, ainsi que leurs enfants. — Pas d'aliénés, etc., dans la famille.]

Mère, 32 ans, lymphatique, nerveuse, ni migraines, ni convulsions, de taille plutôt petite, est ordinairement en bonne santé, quoique anémique. [*Père*, grand, bien constitué, lymphatique. — *Mère*, morte *phtisique*, ainsi que ses huit *frères*. — *Grands parents*, pas de détails. — Une *sœur* en bonne santé; pas d'enfants. — Pas d'aliénés, etc.]

Pas de consanguinité. Inégalité d'âge d'un an. Trois *enfants*: 1° notre malade; — 2° garçon, 4 ans, bien portant, intelligent, pas de convulsions; — 3° fille, 3 ans, en bonne santé, sans accidents convulsifs : tous deux diffèrent complètement du malade.

Notre malade. — *Grossesse* bonne. — *Accouchement* très laborieux, prolongé (3 jours) « avec un retard indubitable d'un mois, assure-t-on ». — *A la naissance*, l'enfant avait beaucoup de cheveux et les ongles très longs. Pendant les six premiers mois, elle ressemblait à tous les autres enfants. A partir de là, ses mouvements ont diminué jusqu'à arriver à la presque immobilité des membres. La physionomie qui exprimait la vivacité et les autres caractères communs aux enfants de cet âge changea. Elle prit un air d'imbécillité qu'elle conserve encore, quoique à un moindre degré.

Pendant les deux premières années, la tête penchait en divers sens, mais aujourd'hui, elle se tient assez bien. Durant les premières années, la tête et la langue s'étaient développées d'une façon disproportionnée, mais depuis deux ans, elles n'augmentent pas sensiblement de volume. La partie supérieure du crâne est souple, comme si l'enfant avait un an. La *fontanelle antérieure n'est pas ossifiée* dans un espace de trois centimètres d'avant en arrière et de deux centimètres transversalement. La région frontale est aplatie; la *suture interfrontale* n'est pas fermée; elle est même large. On note une déclivité très prononcée du vertex à la racine du nez et, en revanche, une saillie notable de la partie postérieure du crâne. — Les *cheveux* sont peu abondants et courts à la région antérieure et moyenne. Le *cuir chevelu* est le siège de petites croûtes qui se reproduisent sans cesse.

La *physionomie* est sans expression. (*Fig.* 9, 10 et 11).

Les *paupières*, boursouflées, sont le siège d'une *blépharite ciliaire chronique*. — Les *globes oculaires* sont normaux. Le *nez* est court et camus. — Les *joues* sont très développées. — La *bouche* est large; les *lèvres* sont épaisses, gon-

(1) Voir *Progrès médical*, nos 26 et 27.

© ANM

flées; la *langue* est volumineuse et sort habituellement; il n'y a pas de bave. A mesure qu'elles ont poussé, les *dents* se sont cariées et sont tombées, de sorte qu'il n'en reste, pour la plu-

Fig. 9. — Y... X..., en 1889.

part, que des racines. La première dent serait sortie vers vingt mois.

Fig. 10. — Y... X..., en 1889.

Le cou est gros et court. — Le *tronc* serait assez régulier, mais il existe un peu d'enfoncement de la colonne vertébrale. — Le *ventre*, très gros, mesure 56 centimètres au niveau de l'ombilic qui est le siège d'une *hernie* de 3 centimètres de longueur et d'un à deux centimètres de diamètre. Elle aurait été plus volumineuse.

Les divers segments des membres sont gros, trapus; les *os des jambes sont incurvés*. Les pieds et les mains sont gonflés, épais, courts ainsi que les doigts et les orteils.

L'enfant, malgré la température toujours assez élevée de son pays, est sensible au froid; elle ne marche pas, elle se tient seulement debout, et encore sans équilibre.—L'*intelligence* ne s'est pas développée; cependant Y... comprend différentes choses, reconnaît toutes les personnes de son entourage et leur témoigne même un peu d'affection. Elle ne supporte pas la contradiction; elle s'emporte facilement et alors fait de grands efforts et veut se jeter par terre. — La *voix* est rauque, criarde. — La *parole* est limitée à *pa* pour papa et à *tetta*, mot qui désigne sa gouvernante.

Jusqu'à dix-huit mois elle fut allaitée par des nourrices; jusqu'à quatre ans, elle fut alimentée avec du lait concentré et des jaunes d'œuf. Depuis lors, elle se nourrit de lait de chèvre, d'œufs, de cerveaux, de poulet et de viande triturée. Elle n'a jamais voulu boire d'eau si ce n'est dans le cours d'une maladie fébrile.

Fig. 11. — Y... X..., en 1889.

La *déglutition* serait un peu gênée. Y..... n'est pas sujette à vomir. Elle est gâteuse, a des selles quotidiennes et n'aurait pas eu de chute du rectum.

Comme maladies ordinaires nous n'avons à relever uniquement que des *bronchites*, une *otite double*, qui a disparu en huit jours, et une *angine simple*.

Cette observation a été rédigée d'après les notes très bien prises que nous a remises son père et d'après les renseignements complémentaires qu'il nous a donnés en venant nous consulter. Cette enfant, ainsi qu'il est facile de le constater en examinant les *Figures* 9, 10 et 11 faites sur des photographies, offre tous les principaux symptômes qui caractérisent l'idiotie myxœdémateuse.

OBSERVATION VI. — *Père mort tuberculeux. — Grand-père paternel excès de boisson. — Grand'mère paternelle, morte d'un cancer de l'utérus. — Oncle paternel, excès de boisson. — Tante paternelle, migraineuse. — Deux cousins issus de germains, idiots. — Mère sujette à des douleurs névralgiques, très nerveuse. — Grand-père maternel, excès de boisson. — Grand'mère maternelle, hystérique. — Arrière-grand-père maternel, excès de boisson, mort d'une attaque de paralysie. — Grand-oncle maternel, excès de boisson.*

© ANM

Grossesse mauvaise : envie insurmontable de dormir, chute. — Asphyxie à la naissance. — Premières convulsions à 14 mois. — Refroidissement et cyanose de la moitié inférieure du corps. — Jeûne. — Pertes de connaissance à partir de 3 ans. — Caractères complets de la cachexie pachydermique : physionomie typique, cheveux brun-roux; persistance de la fontanelle antérieure; gonflements lipomateux des joues, des creux sus-claviculaires, des aisselles; peau sèche, eczémateuse; état pachydermique des pieds et des mains; hernie ombilicale; rachitisme; absence de la glande thyroïde, etc. — Congestion pulmonaire intense, mort en syncope.

Autopsie : Absence complète de la glande thyroïde. — Persistance de la fontanelle antérieure. — Aspect gélatiniforme des circonvolutions cérébrales.

Bourg... Fernand-Auguste, né à Paris le 1er juillet 1883, est entré dans notre service à Bicêtre le 6 décembre 1887.

Renseignements fournis par sa mère (16 décembre 1887).— *Père*, 32 ans, garçon de café depuis l'âge de 13 ans, n'a pas eu de convulsions de l'enfance, laborieux, sobre, d'une conduite régulière, sujet à des douleurs de tête et à des étourdissements, une très peu, caractère doux, aucun indice de syphilis; ni rhumatisme, ni maladies de peau. Il est actuellement soigné à l'hôpital Lariboisière pour une *bronchite tuberculeuse* (1). — *Père*, cultivateur, mort étouffé sous un sac de blé, étant ivre; il faisait de nombreux *excès alcooliques* et vénériens. — *Mère* très nerveuse, sobre, morte à 55 ans, probablement d'un *cancer de l'utérus*. — *Grands-parents paternels et maternels*, pas de renseignements. — Un *frère*, en bonne santé, mais commettant de très fréquents *excès de boisson* qui ont amené une séparation entre lui et sa femme. — Deux *sœurs*, dont une est sujette à des *migraines*; leurs enfants n'ont pas eu de convulsions. — Deux *cousins germains*, âgés l'un de 39 ans, l'autre de 22 ans, sont devenus tout à fait *idiots* à la suite de *convulsions* de l'enfance. — Ni aliénés, ni épileptiques, ni myxœdémateux, ni goîtreux, ni difformes, etc., dans la famille.

Mère, 24 ans, couturière, bien portante, brune, physionomie régulière ne rappelant aucunement celle du malade, sobre, bonne tenue, pas de convulsions de l'enfance. Elle a des *douleurs névralgiques* occupant la moitié antérieure du crâne; deux fois elle a eu des *crises* nerveuses consécutives à une peur et à une contrariété. Tempérament très nerveux, caractère changeant. — [*Père*, charron, *excès de boisson*, mort en 1870, à 43 ans, d'une variole hémorrhagique. — *Mère*, 50 ans, bronchiteuse, sobre, a eu de fréquentes *attaques de nerfs* jusqu'à 40 ans. — *Grands-parents paternels*, pas de détails. — *Grand-père maternel*, mort à 65 ans d'une *paralysie* du côté droit en trois jours; il avait fait beaucoup d'*excès de boisson*. — *Grand'mère maternelle*, 70 ans, sobre, bien portante.— Pas de *frères*. Deux *sœurs* jouissant d'une bonne santé et n'ayant pas eu d'accidents nerveux. — Deux *oncles paternels*, rien de particulier. — Un *oncle maternel* bien portant, adonné à la *boisson*. Pas d'aliénés, etc., dans la famille.

Pas de consanguinité (Père de l'Oise, mère de Romorantin : dans ce pays, il y a des gens qui sont *goîtreux*, mais il n'y en a pas d'exemple dans la famille).— Inégalité d'âge de neuf ans. Deux *enfants* et une *grossesse* presque à terme (il s'agit de l'enfant Suzanne dont nous rapportons l'histoire plus loin) : 1° Fernand; — 2° Garçon, 32 mois, bien portant, intelligent; il a marché à 10 mois, a été propre à 14; il parle couramment.

Notre malade. — A la *conception*, qui a eu lieu un mois après le mariage, ils étaient bien portants tous les deux. — Grossesse assez mauvaise : anorexie et vomissements; à partir de la quatrième semaine, jusqu'à la fin du 6e mois, elle a été sujette à des *envies de dormir* auxquelles il lui était impossible de résister. Au cinquième mois, elle a fait une *chute* qui a failli provoquer l'avortement et l'a forcée de garder le lit pendant plusieurs semaines, « L'enfant, dit-elle, était descendu. » Pas de syncopes, pas d'œdème des pieds, etc. — *Accouchement* à terme, naturel, en vingt-six heures. — *A la naissance*, l'enfant était *tout noir*; on a dû le frictionner énergiquement; il n'a crié qu'au bout de sept ou huit minutes; la tête était très grosse, déformée; la sage-femme l'aurait pétrie pour lui donner une forme naturelle. — Elevé au sein par sa mère, jusqu'à huit mois; ensuite au biberon (lait de vache). Sa mère prétend que, depuis le premier mois, l'enfant a toujours eu le même aspect, c'est-à-dire le teint cireux, les joues et les lèvres épaisses, les mains et les pieds gonflés, et qu'il a toujours eu des croûtes du cuir chevelu, à partir de la cinquième semaine, tandis que le second enfant n'en a jamais présenté. Première dent à 13 mois. Il aurait été bien portant jusqu'à 14 mois (*Fig.* 12), époque où il aurait eu des *convulsions* qui ont duré dix minutes : les membres étaient raides, les paupières closes, les yeux retournés; tout le corps au-dessous de la ceinture était froid, ni secousses, ni écume. Durant les six mois qui ont suivi, les membres inférieurs restèrent froids et bleuâtres. On était obligé de les envelopper dans de l'ouate. Après les convulsions, pendant six semaines, il aurait eu de la congestion pulmonaire. Puis sa santé redevint assez bonne. Cependant, il lui est arrivé plusieurs fois de rester deux ou trois jours sans rien prendre, ni aliments, ni eau, ni lait (jeûnes). Si on le faisait boire de force, il vomissait. — Il a bavé jusqu'à 18 mois, il n'a jamais été propre. Il a été mis en garde chez une parente, à la campagne, à 25 mois. Quand sa mère l'a repris, à trois ans, elle a constaté des *pertes de connaissance* qui n'existaient pas auparavant : il pleurait, ses yeux se fermaient, la tête tombait, il restait inconscient pendant quelques minutes, puis rouvrait les yeux. Ces accidents reviennent environ deux fois par semaine; il lui est arrivé d'être un mois sans en avoir.

Fig. 12. — Bour...,½F., à 14 mois.

Depuis un an, il commence à se tenir le long des chaises; il n'a jamais marché seul. — La *parole* est à peu près nulle. Il paraît comprendre assez bien ce qu'on lui dit, semble affectueux avec ses parents : nous le faisons venir auprès de sa mère; en la voyant, il pleure d'une manière stridente, comme pleurait Then..., dit le Pacha. Il approche sa tête, mais n'embrasse pas et caresse avec sa main. Il entre parfois en colère quand on ne fait pas ce qu'il veut. Il sait se servir un peu de la cuiller et de la fourchette, mais il est incapable de boire seul. Il aurait eu beaucoup de gourme dans la tête. Pas d'adénite, ni d'abcès, ni de fièvres éruptives. Il a rendu une fois des lombrics. Pas d'onanisme. Plusieurs médecins consultés ont déclaré qu'il n'y avait rien à faire.

État actuel (15 janvier 1888). *Tête* symétrique, un peu carrée. La région occipitale est assez volumineuse; les bosses pariétales peu proéminentes. Les *cheveux* sont peu abondants,

(1) Il est mort le 14 mai 1888.

© ANM

d'une couleur brune tirant sur le roux. Le cuir chevelu est couvert de petites croûtes et de squames. — Le front a 4 centimètres à peine de hauteur; il est étroit, déprimé latéralement. Les *sourcils* sont bien marqués et assez fournis. Les *paupières supérieures* sont notablement bouffies et recouvrent en partie les globes oculaires. Les *cils* sont longs et collés (*blépharite ciliaire*). — Les *yeux* sont petits, les *iris* d'un bleu clair; le gauche semble un peu plus foncé que le droit. — Les *joues* sont très grosses, gonflées. Le *nez* est petit; sa racine est aplatie, les narines sont larges. La *bouche* est continuellement ouverte; les *lèvres* sont volumineuses, l'inférieure est en partie renversée. Le *menton* est petit, rond, presque caché par le renversement de la lèvre inférieure. — Les *oreilles* sont normales, bien ourlées et leur lobule est distinct (*Fig.* 13).

Fig. 13. — Bour..., F., à 4 ans et demi.

	1887	1888
	—	—
Circonférence horizontale maxima. . . .	50 1/0	50 1/2
— bi-auriculaire	27 1/2	31
Distance de la protubérance occipitale à la racine du nez	33	33
Diamètre antéro-postérieur maximum . .	17,3	17,3
— bi-auriculaire	11	11
— bi-pariétal	13	15

Dentition. — *Mâchoire supérieure* : 4 canines de lait écartées, en partie détruites par la carie ; canines à moitié sorties, un peu en dehors, saines : 2 prémolaires de chaque côté, séparées des canines par un espace assez grand. — *Mâchoire inférieure* : incisive centrale seulement, canines et première prémolaire de lait; les autres dents ne sont pas encore sorties. — Les bords alvéolaires sont largement développés ; il n'y a pas, à proprement parler, d'articulation.

Le *cou* est court ; *il est impossible de sentir la glande thyroïde.* Les *fosses sus-claviculaires* sont remplies par des *masses lipomateuses.* — Le *thorax* est déprimé au-dessous des mamelons et saillant au niveau des fausses côtes. Le *ventre* est gros, large et rappelle l'aspect du ventre des batraciens. Il existe une petite pointe de *hernie ombilicale.* — Les *aisselles* sont distendues par des *masses lipomateuses.* — La *colonne vertébrale* ne paraît pas déviée.

Les *membres supérieurs* sont volumineux et courts ; les os des avant-bras sont incurvés ; les mains sont larges, bouffies et toujours un peu froides (*Fig.* 14).

Les *membres inférieurs* ressemblent aux supérieurs ; les fémurs sont incurvés en avant ; les jambes sont en cerceau ; les pieds sont courts, épais et froids comme les mains. On trouve des *masses lipomateuses* au niveau de la hanche et de la partie supérieure de la face interne des cuisses. Les *réflexes rotuliens* sont très marqués.

Organes génitaux : Pénil très développé, bourses rétractées, raphé médian très prononcé ; testicules non descendus. Phymosis complet. La verge a 4 centimètres de longueur et 5 centimètres de circonférence.

La *peau* est glabre, rugueuse, sèche, bouffie, jaunâtre, sauf au niveau des pieds et des mains où elle est rosée. Légère desquamation furfuracée au niveau des avant-bras et des jambes. Quatre cicatrices de vaccin sur le haut des bras.

La *sensibilité générale* paraît être conservée dans ses différents modes. Il en est de même de la *sensibilité spéciale* autant que l'état intellectuel de l'enfant permet d'en juger. L'assa-fœtida placée sous ses narines, la coloquinte déposée sur sa langue le font crier et faire des grimaces. La *circulation* et la *respiration* n'offrent rien de particulier.

Fig. 14. — Bour..., F., à 4 ans et demi.

Il tient bien la cuiller et la fourchette, mais ne peut s'en servir. Il n'est ni gourmand, ni salace, ni vorace. La *mastication* est très défectueuse ; il suce en mangeant ; il n'aime pas la viande ; si on lui en introduit des morceaux dans la bouche, il les rejette ; pas de rumination, pas de vomissements, selles quotidiennes, gâtisme.

L'enfant ne *marche* qu'étant soutenu sous les bras, très lourdement ; il se tient assez bien aux chaises ou au lit ; lorsqu'on le met dans le chariot, il s'y tient convenablement et fait avancer seul.

La *préhension* s'accomplit normalement, l'enfant saisit tous les objets qu'on lui présente, porte son pain à la bouche et mange seul. — Le sommeil est bon. — Pas de tics.

L'attention est facile à fixer ; le caractère est doux et affectueux. Fernand comprend ce qu'on lui dit, mais ne prononce aucun mot. La *voix* est aigre, rauque, gutturale.

Taille : 0m,72 cent. — *Poids* : 11 kilogrammes.

	MATIN.	SOIR.
	—	—
31 mars	37°,5	37°
1er avril	37°,2	37°,4
2 avril	36°,7	36°,8
3 avril	37°,4	37°,2
4 avril	37°,4	37°,4

La *température* semble donc un peu au-dessous de la normale, de même que dans les autres cas.

17 *février.* — *Ophtalmie purulente* double, guérie à la fin du mois.

31 *mai.* — L'enfant paraît souffrant ; il a des frissons et de l'oppression, il tousse et ne mange pas. T. R. 37°,2.

1er *juin.* — La toux et l'oppression ont augmenté, R. 2[illegible] T. R. 39°,5. Langue saburrale ; pas de vomissements, un peu de

© ANM

diarrhée. A la percussion, matité à droite, en avant, en arrière et dans toute la hauteur, râles fins avec souffle bronchique. A gauche, râle de bronchite. — *Soir :* T. R. 39°,8. *Traitement :* Vomitif, vésicatoire, bouillon et lait.

2 juin. — La dyspnée qui avait un peu diminué après le vomitif a reparu cette nuit et persiste. Adynamie prononcée, T. R. 39°,2 ; mêmes signes locaux. — *Traitement :* Potion de Todd.

Soir. — Au moment de la contre-visite, la température est à 40°,7. On assied B... pour examiner sa poitrine ; il pâlit et cesse de respirer ; les battements du cœur se ralentissent. On pratique la respiration artificielle, on fait des frictions stimulantes, mais en vain. — Un quart d'heure après la mort, 39°,8 ; une heure après, 38°,2 ; deux heures après, 37°.

AUTOPSIE *le 4 juin.* — *Tête.* — Le *cuir chevelu*, d'une épaisseur normale, est pâle, humide, comme lavé. — Le *crâne* est peu épais et normal. *La fontanelle antérieure persiste*, elle mesure 6 centimètres d'avant en arrière et 4 centimètres transversalement. — La *dure-mère* est très adhérente au crâne, principalement au niveau de la grande scissure. L'enlèvement de l'encéphale est très difficile. — Le *cerveau* est très mou ; les *circonvolutions sont molles, gélatiniformes, comme fœtales.* L'examen immédiat étant impossible, on met le cerveau dans l'alcool, afin de le faire durcir (1).

Cou. — Les *glandes sous-maxillaires* et *linguales* paraissent normales. Elles sont entourées de petites boules graisseuses, d'aspect humide. — *Un examen attentif ne fait découvrir* AUCUNE TRACE DE LA GLANDE THYROÏDE. Le *thymus* persiste ; il recouvre en partie le péricarde et est enveloppé par un tissu graisseux assez abondant. — Les *pseudo-lipomes* susclaviculaires sont composés de petites boules graisseuses humides, sans limitation bien nette.

Thorax. — Le tissu adipeux sous-cutané est peu développé ; on dirait qu'il a été lavé, ainsi que les muscles du thorax, qui sont très pâles. Le tissu conjonctif, situé au-dessous du sternum et qui rejoint le péricarde, a un aspect œdémateux. Dans la *cavité pleurale gauche*, on trouve environ un verre de liquide. — *Poumon gauche*, 120 gr. ; ecchymoses ponctuées, rincipalement sur le lobe supérieur ; œdème et congestion u lobe inférieur. — *Poumon droit*, 240 gr. ; œdème très proncé de tout le poumon. Pas d'hépatisation. — Le *péricarde* ontient un demi-verre de sérosité. — *Cœur*, 70 gr., en systole, ointe formée surtout par le ventricule gauche. Caillots blancs ans l'oreillette droite. Imbibition de l'endocarde. Plaque théromateuse sous-aortique. Trou de Botal oblitéré.

Abdomen très ballonné. L'intestin et l'estomac sont fortement dilatés par les gaz. — L'*estomac*, le *foie* (570 gr.), la *rate* (40 gr.), le *rein* gauche (40 gr.), le *rein* droit (45 gr.) ne présentent aucune lésion.

Le *grand sympathique* paraît normal des deux côtés.

Voici maintenant l'histoire de la sœur de cet enfant, atteinte, elle aussi, d'idiotie myxœdémateuse.

OBSERVATION VII. — *Père tuberculeux au moment de la conception. — Pertes abondantes au troisième mois de la grossesse ; fausses douleurs durant le dernier mois. — Asphyxie et gonflement de toute la moitié droite du corps à la naissance. — Influence du lait morphiné. — Premières convulsions internes à 5 mois, suivies de 12 à 15 crises jusqu'à 6 mois. — Symptômes classiques de la cachexie pachydermique. — Nœvus. — Nouveau gonflement de la moitié gauche du corps à 9 mois. — Morte de convulsions à 11 mois. — Autopsie : absence de la glande thyroïde.*

Bourg... Suzanne, est née à Paris le 18 janvier 1888.

Cette enfant est la *sœur* du malade précédent. — A l'époque de la *conception*, le père était déjà sous le coup de la tuberculose pulmonaire à laquelle il a succombé, le 14 mai 1888, et la mère était un peu affaiblie et fatiguée. Ils vivaient d'accord et rien n'autorise à songer à une interposition. — *Grossesse :* son état de fatigue a continué durant les trois premiers mois ; de temps en temps, douleurs de tête avec nausées, quelquefois vomissements, accidents qui se sont présentés au début de la première grossesse (OBSERV. VI). A la fin du troisième mois, *perte abondante* pendant trois heures et qui a nécessité un repos au lit de huit jours. Ni traumatisme, ni émotions, ni envies de boire, ni syncopes, ni attaques de nerfs, ni œdème des pieds. Le dernier mois, elle est allée trois fois à l'hôpital Saint-Antoine, ayant des douleurs lui faisant croire qu'elle allait accoucher : le lendemain matin, les douleurs disparaissaient et elle retournait chez elle. — *Accouchement* à terme, sans chloroforme, naturel, en cinq heures. La mère de l'enfant raconte qu'elle a rendu peu de sang et beaucoup d'eau après la délivrance qui a été normale, « au moins plein un petit vase de nuit », particularité absente aux précédents accouchements, qui se sont accompagnés, au contraire, d'un flux sanguin assez abondant.

A la naissance, tout le corps de l'enfant était violet, bien que la tête ne fut pas demeurée longtemps au passage ; néanmoins, l'enfant a crié tout de suite et on n'a pas été obligé de la frictionner ; elle était grosse, pesait 4.060 gr. La face tout entière était bouffie ; *toute la moitié droite du corps* était enflée ; la main et le pied de ce côté avaient un volume double de la main et du pied sains.

Elevée au sein par sa mère, Suzanne a tété assez mal la première semaine, puis elle a bien pris le sein. Au bout d'un mois, sa mère est devenue malade (périmétrite) et a dû rentrer à l'hôpital (février 1888). Alors l'enfant avait peu augmenté, car elle ne pesait que 4.400 gr. Durant le séjour à l'hôpital, elle eut une *bronchite* légère du côté droit et maigrit notablement, de telle sorte que, à la sortie, le 7 mai, elle ne pesait plus que 3.900 gr. Signalons que, pendant près d'un mois, la mère a pris tous les jours du *sirop de morphine* auquel elle attribue une certaine influence sur la situation de son enfant qui était exclusivement nourrie au sein.

Nous avons dit que l'enfant était violette à la naissance ; cette coloration aurait été remplacée, le second jour, par une coloration rouge-orange qui se serait maintenue jusqu'au commencement du mois de mai, époque où la peau a blanchi. La mère pense que cette modification est due au calomel qui a été donné à l'enfant.

Après sa sortie de l'hôpital, « Suzanne a repris de la figure et du corps. » Vers la fin du mois de mai, elle a eu, pour la première fois, des *convulsions internes* : elle se réveillait en frayeur, faisait un petit saut, tournait ses yeux, plissait le front. La bouche n'était pas tirée, les membres, croit-on, ne devenaient pas rigides. — Depuis lors, jusqu'à ce jour (11 juin), Suzanne a eu 12 ou 15 crises semblables. Leur durée a varié de 2 à 15 minutes. On n'a pas remarqué de secousses cloniques pendant les crises, ni de paralysie consécutive. — Parfois, le sommeil est interrompu par une sorte de peur avec suffocation. Ces accidents se montreraient aussi, quelquefois, lorsque l'enfant est éveillée.

Etat actuel (11 juin 1888). — *Tête* ovoïde, l'occipital formant une saillie assez prononcée et le front étant au contraire étroit. La fontanelle antérieure a 6 centimètres de long sur 4 de large. La fontanelle postérieure persiste ; les pariétaux sont écartés dans leur tiers postérieur. Les sutures temporo-frontales sont fermées ; les sutures pariéto-occipitales sont ouvertes. Les *cheveux*, blonds, sont très rares au niveau du vertex, assez abondants sur le reste de la tête, un peu plus à gauche qu'à droite. Tout le *cuir chevelu* est envahi par des petites croûtes qui reviennent sans cesse, malgré les savonnages. Sur la tempe gauche, au-dessus de l'oreille, *nœvus* congénital, un peu saillant, d'un centimètre de diamètre.

Circonférence horizontale maxima	40 c. 5
Demi-circonférence verticale bi-auriculaire	22 c. 5
Distance de la racine du nez à l'articulation occipito-altoïdienne	25 c. 5
Diamètre antéro-postérieur maximum	14 c. »
— bi-auriculaire	9 c. 5
— bi-pariétal	10 c. 8

Le *front*, très étroit, a des bosses égales, peu accusées, et est couvert d'un duvet fin et abondant, descendant jusqu'aux sourcils, qui sont peu fournis et parsemés de croûtes. Les

(1) Ce cerveau a été égaré ou jeté par l'ancien gardien du musée, de sorte que nous sommes obligé de nous borner à cette simple indication.

© ANM

paupières sont gonflées, d'une pâleur bleuâtre, et leurs cils sont peu nombreux surtout aux paupières inférieures. Les *yeux* sont d'un bleu clair et ne présentent aucune lésion. — Le *nez* est épaté. Parfois *épistaxis* légères et éternuements. — Les *joues* sont larges, comme bouffies. — La *bouche* est grande ; la lèvre supérieure assez mince, l'inférieure volumineuse mais non tombante. — La *langue* est épaisse, et son épaisseur a frappé la mère de l'enfant. — Les *oreilles* sont accolées au crâne ; leur ourlet est assez prononcé dans les deux tiers supérieurs; le lobule, peu volumineux, est détaché. Toute la face, qui est ronde, a un teint jaunâtre, cireux.

Le *cou* est gros et court, 37 centimètres. En arrière, la peau, dont le tissu adipeux est très accusé, fait hernie sur le collier d'ambre de l'enfant ; au palper, il est impossible de sentir la *glande thyroïde*.

Fig. 15. — Bour..., Suzanne, à six mois.

Le *dos* et le *ventre* ressemblent à ceux de Fernand. La couche graisseuse des creux sus-claviculaires est plus prononcée que chez les autres enfants de cet âge. Le thorax mesure 36c,5 au niveau des seins ; le ventre, 40c à deux centimètres au-dessus du nombril qui est un peu saillant. Tandis que le dos et la région lombaire sont larges, le bassin paraît rétréci. La fossette coccygienne est couverte de poils nombreux.

Le *mont de Vénus* est proéminent ; les *grandes lèvres* sont très saillantes, bouffies ; la muqueuse de la vulve est humide.

Les *bras* sont gros et courts. La circonférence est de 13c au niveau des plis du coude et 9c,5 au niveau des poignets. Les *mains* sont bouffies ; les doigts un peu violacés et froids. (A la naissance, les ongles étaient, dit la mère, cachés par la chair du bout des doigts.) Les *cuisses* et les *jambes* sont également courtes. On trouve 21c au niveau des plis de l'aine et 15c au niveau des mollets. Les pieds sont épais, cyanosés ; les orteils normaux, mais les ongles sont à peine formés. (Ils ne se voyaient pas à la naissance). (*Fig.* 15 et 16).

L'enfant tette bien, ne vomit pas, est sujette à la constipation.

Sa mère a fait déjà la remarque que sa fille ressemble à son petit garçon et qu'elle se présente tout à fait sous le même aspect que lui au même âge. — *Taille* : 56 cm. ; *poids* : 4 kil. 800.

31 *juillet*. — L'enfant paraît venir assez bien. La *peau* est sèche et a, partout, un teint cireux. Les cheveux sont rares. Le *cuir chevelu* est parsemé de croûtes et de pellicules. La *fontanelle antérieure* a 6c d'avant en arrière sur 6c transversalement. La *fontanelle postérieure* a 4c d'avant en arrière sur 1c de largeur. La bosse frontale droite et la bosse occipitale gauche sont plus saillantes que leurs congénères. Les *cils* sont longs et fournis. L'enfant regarde et sourit. Les *joues* sont pendantes. La *langue* est très épaisse, la salivation abondante. Il n'y a pas de dents.

Un nouvel examen de la région antérieure du cou ne fait que confirmer ce que nous avons dit sur l'*absence probable de la glande thyroïde*. — La mère déclare que l'enfant a la tête très lourde et qu'elle entraîne le corps.

25 *octobre*. — Suzanne a eu une bronchite à la fin du mois d'août. Elle a guéri en 15 jours. Il y a deux semaines, elle aurait eu, pendant quatre jours, toute la moitié gauche du corps enflée. « Ses yeux n'ont pas grande signification, dit sa mère ; elle ne sourit pas. » La semaine dernière, sans motif, elle a ri aux éclats. Elle ne se sert pas du tout de ses mains et ne se tient pas sur les jambes. Son sommeil est prolongé. Elle paraît très sensible au froid.

Les *cheveux* sont secs, châtain-roux, peu abondants sur les tempes et sur le vertex (1) ; les croûtes persistent. Même état des fontanelles.

Fig. 16. — Bour..., S..., à six mois.

Circonférence horizontale maxima	41 c. »
— bi-auriculaire	24 c. 5
Distance de la racine du nez à l'articulation occipito-altoïdienne	25 c. 5
Diamètre antéro-postérieur maximum	14 c. 1
— bi-auriculaire	9 c. »
— bi-pariétal	11 c. »

Les *paupières* sont bouffies, bleuâtres, ainsi que le pourtour des lèvres. Le *nez* est camus (la mère a le nez aquilin, pointu un peu recourbé, bien qu'elle ne soit pas juive. Son père avait le nez long et pointu). La poitrine est plus bombée ; le ventre toujours gros avec une petite *hernie ombilicale*. Les *pseudo-lipomes des creux sus-claviculaires* sont plus apparents. — Les pieds et les mains sont gonflés, froids, cyanosés. La teinte jaunâtre et cireuse de la peau, surtout à la face, est plus prononcée. La *voix* est criarde comme celle de son frère.

1er *décembre*. — L'enfant est devenue souffrante le 15 nov. et a maigri progressivement. Le 29, elle a été prise de *convulsions* vers 4 heures du soir : rigidité, puis secousses générales, écume ; durée 4 à 5 minutes. — Nouvelles convulsions vers 11 heures du soir, puis, le 30 novembre, à 2 heures du matin, qui se sont terminées par la mort.

Autopsie. — L'enfant étant morte chez sa mère, en ville, il ne nous a pas été possible de faire l'examen du cou. Nous avons enlevé le larynx, la trachée et les muscles, et un examen attentif nous a permis de constater l'*absence complète de la glande thyroïde*.

Ces deux cas, observés dans la même famille, sont tout à fait typiques. Relevons en passant deux particularités curieuses, présentes également dans tous les cas qui nous sont personnels : 1° la forme spéciale du nez des malades — *nez camus* — alors que leurs parents ont le nez aquilin ou différent ; la *couleur rousse* des cheveux, tandis que les parents ont les cheveux bruns ou blonds. (*A suivre*).

(1) La mère a les cheveux très bruns ; son père avait les cheveux de la même couleur, mais les moustaches rousses.

© ANM

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les dispensaires des hôpitaux.

L'article que nous avons consacré au procès intenté par le syndicat des pharmaciens de Rouen (n° 24, 14 juin, p. 478) a été relevé par la *Normandie médicale* du 1er juillet. L'auteur prétend que nous avons écrit que « tout était pour le mieux dans l'organisation des dispensaires de Rouen. » Nous n'avons rien dit de semblable. Pour faire comprendre à nos lecteurs l'exposé du procès et les conséquences du jugement au point de vue de l'assistance médicale gratuite, nous avons dû rappeler sommairement en quoi consistait l'organisation des dispensaires de Rouen. Quant à formuler une opinion sur les détails de leur fonctionnement, nous n'avions pas à le faire, visant une autre question. Nous ne le pouvions pas, d'ailleurs, manquant de documents. Nous avons applaudi à la création de ces dispensaires, comme nous applaudissons à toute création qui a pour but d'améliorer l'assistance publique. L'auteur de l'article dit que « en 1887, avant la création des dispensaires, les dépenses d'assistance publique de Rouen s'élevaient à 1,432,599 fr. 53. En 1888, elles se sont élevées à 1,660,281 fr. 99. Soit, en six années, en dépit ou peut-être même à cause de la création des dispensaires, une aggravation de charges de 282,109 fr. 02. Les dispensaires seuls coûtent 363,131 fr. 48 à la ville de Rouen ».

Notre critique ne voit que la question de finances ; l'augmentation des dépenses montre que la ville de Rouen a cherché à améliorer l'assistance qu'elle donne aux malheureux. Les sacrifices qu'elle s'est imposés ont-ils été productifs ? Les indigents secourus le sont-ils mieux, avec moins de déplacements et moins de perte de temps ? Le nombre des secourus est-il plus considérable ? C'est ce qu'il aurait été intéressant de connaître.

La *Normandie médicale* ajoute que nous avons préconisé l'organisation de dispensaires pour la ville de Paris. A ce sujet, nous allons donner quelques explications. Nous avons dit maintes fois que le service des consultations externes dans les hôpitaux de Paris était défectueux, et que, avant de créer des dispensaires en dehors des hôpitaux, l'administration devait réorganiser complètement ce service dans chaque hôpital, ainsi que dans ses maisons de secours. Dans ce but, nous avons insisté pour que la consultation dans chaque hôpital fût faite par les médecins et les chirurgiens du Bureau central qui, restant les mêmes durant un assez long temps, pourraient soigner en dehors de l'hôpital un grand nombre de malades qui y sont aujourd'hui hospitalisés.

Nous avons réclamé la distribution gratuite des médicaments, des bains, des douches (1), l'allocation d'un secours de maladie, etc. Dans ce but, nous avons insisté souvent sur la nécessité d'agrandir les locaux, en général exigus, insalubres et mal disposés, qui servent aux consultations externes. Nous avons toujours pensé que c'était par cette organisation qu'il fallait commencer. Une fois réalisée, on verrait ce qui resterait à faire.

Nous avons proposé au Conseil municipal, qui l'a adopté, malgré certaines résistances de l'administration de l'époque, la construction d'une salle de consultations externes à la Salpêtrière. Nous avons aidé les médecins de l'Asile clinique (Sainte-Anne), qui font une consultation gratuite, à obtenir la faculté de distribuer des médicaments, et, pour leur permettre de rendre plus de services et seconder leurs efforts, nous avons fait décider par le Conseil général l'aménagement des bains externes de l'Asile clinique, qui n'avaient jamais été terminés et qu'on avait transformés en magasins.

A Bicêtre, tous les médecins et chirurgiens font une consultation externe où viennent les malades de la commune (Gentilly) et des communes voisines. Nous avons réclamé à l'Administration l'autorisation de délivrer certains médicaments, et, jusqu'à présent, cette autorisation n'a pas été accordée, sous prétexte qu'une partie des malades ne dépendent pas de la commune de Paris. Pour rendre plus utiles ces consultations, il faudrait ou que les communes dont les malades sont traités ou que le département voulussent bien faire les frais nécessaires pour compléter les consultations. B.

(1) C'est dans ce but, que depuis près de vingt ans, nous avons fait une campagne dans la presse et au Conseil municipal pour la construction de services complets de bains et d'hydrothérapie.

La diminution de la natalité en France.

M. le Dr Lagneau a continué, cette semaine, à l'Académie de médecine, une communication à laquelle nous supplions nos lecteurs, députés, sénateurs, conseillers généraux, fonctionnaires à un titre quelconque, en un mot toutes les personnes qui peuvent jouer un rôle plus ou moins grand dans la confection de nos lois, d'y prêter la plus grande attention, car il s'agit, répétons-le sans cesse, d'une question de vie ou de mort pour notre chère France. M. Javal n'a pas craint de pousser l'Académie dans ses derniers retranchements en l'invitant à discuter le travail de M. Lagneau et à apppeler l'attention des pouvoirs publics sur la *diminution volontaire de la natalité*, diminution causée uniquement par la situation faite aux familles nombreuses par les lois fiscales et militaires : personnellement nous lui en savons le plus grand gré. L'Académie semble assez disposée à s'occuper de cette question ; il importe qu'elle la résolve de suite, en ce qui la concerne. Nous profitons de ces quelques lignes, destinées à encourager les promoteurs des réformes en leur montrant que la presse spécialisée ne reste pas indifférente aux cris de détresse si justifiés qu'ils poussent, destinées à appeler aux armes tous ceux qui veulent combattre le bon combat, pour signaler, en outre, à l'attention de tous ceux que l'avenir de notre pays intéresse vraiment, le très remarquable article qu'a publié la semaine dernière M. J. Bertillon, dans la *Revue scientifique*, sur *la loi* dite « des sept enfants. »

A la lecture de cet article, écrit avec une compétence sans égale et un bon sens tel que tous les arguments portent juste, on ne peut s'empêcher de frissonner en songeant dans quel précipice nos lois actuelles nous poussent à petits pas. Ce qu'il y a de terrible, c'est que la majorité de nos représentants dans les deux Chambres n'entrevoit qu'à peine le danger couru, le fossé

© ANM

où sous peu nous ferons la culbute. M. J. Bertillon rappelle, avec à-propos, dans sa défense de la loi des sept enfants, ce mot profond d'un lord anglais en 1808 : « Anglais, ne craignez point la France ; sa grandeur est passagère et son code civil la perdra ! »

Pour nous, dont le rôle est surtout d'indiquer les courants d'opinions ; pour nous, qui ne pouvons pas discuter ici à fond cette capitale question de la diminution de la natalité en France, nous nous bornons à encourager l'Académie à terminer, sans tarder, la discussion sur la chloroformisation, discussion qui ne nous a rien appris que nous ne sachions déjà, et à s'occuper au plus vite de l'interpellation de M. Javal. Nous en retirerons, nous en avons la ferme conviction du moins, un réel profit ; en tous cas, il faut intervenir, par tous les moyens possibles, auprès du gouvernement, pour qu'il s'efforce d'écarter le danger menaçant. M. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 7 juillet 1890. — Présidence de M. Hermitte.

M. Chauveau communique un travail sur *l'électricité active du muscle et l'énergie consacrée à sa création dans le cas de contraction statique.* — L'auteur a cherché, dans l'étude de la contraction statique, des bases pour la détermination des lois de la thermo-dynamique musculaire. Voici les lois auxquelles ses premières expériences l'ont conduit. « L'échauffement musculaire, indice de l'énergie dépensée par la contraction pour le soutien d'une charge à hauteur fixe, est fonction de la charge multipliée par le raccourcissement du muscle. La force élastique qui fait équilibre aux poids soutenus à hauteur fixe par le muscle en contraction statique est, comme l'échauffement musculaire, témoin de l'énergie mise en jeu pour la création de cette force, fonction de la charge multipliée par le raccourcissement du muscle. La valeur absolue de l'élasticité effective (partant le travail statique et la partie d'énergie qu'il représente) est indépendante du raccourcissement musculaire et proportionnelle à la charge soutenue. Le rapport de l'élasticité ou de l'énergie effectives à l'élasticité ou à l'énergie totales est indépendant de la valeur de la charge soutenue et inversement proportionnelle au degré du raccourcissement musculaire. D'où il résulte que le même travail statique (soutien d'une charge) met en mouvement d'autant plus d'énergie que le muscle accomplit ce travail sous un raccourcissement plus prononcé. »

M. Laboulbène lit une *note sur la difficulté de pouvoir reconnaître les Cysticerques du Tænia saginata ou inermis dans les muscles du veau et du bœuf.* — Il constate que depuis une vingtaine d'années la fréquence des tænias s'est accrue considérablement. Cette fréquence porte sur le Tænia saginata ou à tête inerme, alors que le tænia solium devient plus rare. Ce fait doit être attribué à la différence d'origine. Les cysticerques du Tænia solium, qui constituent la ladrerie du porc, se reconnaissent facilement, et les règlements administratifs sont rigoureusement appliqués pour le porc. Les cysticerques du Tænia saginata, au contraire, nous viennent de la viande du veau et du bœuf. Or, jamais en France ou en Angleterre on n'a vu les cysticerques du bœuf, et, cependant, on retrouve presque toujours l'origine du ver dans l'ingestion de la viande de bœuf crue ou peu cuite. Cette difficulté de reconnaître la ladrerie du bœuf tient, ainsi que l'a découvert M. Laboulbène, dans ses recherches avec M. G. Collin, puis avec MM. Guichard et Pouchet, à la disparition rapide, au contact de l'air, de l'aspect vésiculeux des cysticerques.

Séance du 30 juin 1890. — Présidence de M. Hermitte.

M. Verneuil présente une note de M. Lannelongue sur la *craniectomie dans la microcéphalie.* — Il s'agit d'une petite fille de 4 ans, née à terme, sans accident, ne présentant pas d'antécédents héréditaires ; elle a toujours été en retard ; elle n'a jamais marché et ne se tient pas même debout. Depuis quelques semaines seulement on lui fait balbutier quelques syllabes ; elle bave continuellement ; les apparences sont celles d'un enfant de 2 ans. Elle ne paraît pas s'intéresser à ce qui se passe autour d'elle ; l'enfant, mise debout, tombe de tout son poids lorsqu'on cesse de la maintenir, et on ne parvient pas à la faire marcher, même en la soutenant par les bras. Il n'existe ni contracture, ni paralysie, ni trépidations épileptoïdes ; la tête est d'un petit volume, le crâne est étroit, très aplati transversalement, saillant au contraire sur le vertex (genre scaphoïdien).

Diamètre	bi-pariétal.	119 millim.
—	bi-auriculaire	105 —
—	bi-frontal	86 —
—	occipito-frontal. . . .	155 —

La face présente un prognatisme accusé, nez aquilin, front fuyant. C'est sur cette fillette que M. Lannelongue a pratiqué la craniectomie, pensant qu'on pouvait peut-être modifier une évolution cérébrale compromise ou retardée, et cherché à donner un nouvel essor en affaiblissant la résistance du crâne. L'opération a été pratiquée le 9 mai. Le crâne a été ouvert à un travers de doigt de la ligne médiane, parallèlement à la suture sagittale, de manière à déterminer une perte de substance longue de 9 centim. et large de 6 millim. La dure-mère ne fut point intéressée ; la plaie superficielle fut réunie sans drainage. Un mois après l'opération, le 15 juin, on a constaté les résultats suivants : L'enfant est plus calme ; elle paraît s'intéresser à ce qui se passe autour d'elle, elle rit, joue et semble très heureuse qu'on s'occupe d'elle. Elle comprend, essaye de parler et prononce quelques mots ; elle se tient debout toute seule, sans qu'on la soutienne ; elle marche et fait des pas très réguliers ; l'état local est parfait.

On doit remarquer, dit l'auteur, que quelle que soit l'influence exercée par l'acte opératoire, « une part de l'amélioration doit être attribuée à l'éducation de l'enfant. »

M. Verneuil appelle l'attention de l'Institut sur cette opération absolument nouvelle et rapporte un second cas opéré également par M. Lannelongue, et dont le résultat opératoire a été excellent.

Séance du 15 Juillet. — Présidence de M. Hermitte.

M. Chauveau présente une note sur l'*élasticité active du muscle et l'énergie consacrée à sa création dans le cas de contraction dynamique.* — Voici les conclusions de ces nouvelles recherches :

1° La force élastique employée dans le cas de contraction dynamique fera équilibre aux résistances constituées par les charges que le raccourcissement ou l'allongement musculaires font monter ou descendre, d'un mouvement uniforme, représente sensiblement la moyenne de l'élasticité active, possédée par le muscle maintenu en contraction statique dans les deux positions extrêmes entre lesquelles s'accomplissent les changements de longueur de l'organe ;

2° Cette élasticité active du muscle occupé à faire du travail moteur subit les mêmes influences que la force élastique employée au soutien fixe des charges (travail statique).

a) Elle est fonction de la charge ou de la résistance, multipliée par le raccourcissement musculaire.

b) L'énergie, source de cette élasticité dynamique, se traduit par un échauffement qui est proportionnel à cette dernière et qui, partant, peut aussi se montrer fonction de la charge mise en mouvement multipliée par le degré de raccourcissement du muscle.

c) L'élasticité effective est proportionnelle à la charge cutanée : l'élasticité actuelle est proportionnelle au degré du raccourcissement musculaire.

© ANM

d) Le rapport de l'élasticité ou de l'énergie effectives à l'élasticité ou à l'énergie totales est inversement proportionnel à ce degré de raccourcissement du muscle.

D'où il résulte que le soulèvement d'une charge par un muscle qui se contracte graduellement entraîne une création d'élasticité et une consommation corrélative d'énergie, croissant de plus en plus à mesure que le muscle se raccourcit.

M. Henneguy présente une note sur *de nouvelles recherches sur la division des cellules embryonnaires chez les Vertébrés*.—Ces observations confirment entièrement, pour ces Vertébrés, celles de van Beneden et Boveri, faites sur l'Ascaris megalocephalus.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 19 juillet 1890. — Présidence de M. Straus.

M. E. Thunias (de Varsovie) décrit un appareil destiné à *mesurer la vitesse du sang* dans les petits vaisseaux. En plongeant, dans un vase gradué, un doigt anémié par une bande de caoutchouc, on peut, la bande étant subitement relâchée, mesurer le temps qu'exige le remplissage du doigt par le sang. Ce temps est, chez un sujet normal, de 9 à 13 secondes.

M. Gasser a étudié chez M. le Pr Straus un *procédé de recherche du bacille typhique* basé sur le pouvoir décolorant de ce bacille pour certaines couleurs d'aniline. Ce système a déjà été employé par M. Levrat, par MM. Grancher et Deschamps. Il consiste à colorer la gélatine ou l'agent employés pour les cultures. Avec la fuchsine, par exemple, on observe au bout de quelques jours, après passage à l'étuve, la décoloration du milieu de culture. M. Gasser a repris ces expériences et montre des plaques très démonstratives. Il a constaté que d'autres bacilles, en particulier le B. coli communis, possèdent ce pouvoir décolorant. Mais, dans ce dernier cas, l'aspect morphologique des cultures est différent. Les bouillons de culture du bacille typhique filtrés et ajoutés à la gélose colorée ne l'altèrent pas.

M. Beauregard dépose au nom de M. Laguesse une note sur *le mode d'attache des écrevisses nouvellement écloses*. C'est d'abord par un filament chitineux, comme l'a dit Robin, que l'écrevisse est attachée d'abord, et ce filament ne serait que le reliquat d'une très jeune mue du crustacé.

M. Rebourgeon a étudié le *béribéri* au Brésil. Cette affection est localisée entre les tropiques. Au Brésil, il a débuté par le littoral, mais il envahit tout le territoire jusqu'aux Andes. Il atteint les animaux et plus particulièrement l'espèce chevaline. Le cheval est, d'ailleurs, directement inoculable avec les humeurs provenant de l'homme malade. En 1889, M. Rebourgeon a réussi à retrouver le microbe dans la moelle, à le cultiver et à l'inoculer. Le sang ne contient ce microbe qu'accidentellement. Mais, dans la moelle lombaire, on retrouve toujours le même parasite inoculable. Par l'injection intraveineuse du liquide virulent ou de la moelle triturée, on peut obtenir la forme aiguë de l'affection. Les cultures du micrococcus sont très végétantes et, parfois, d'un jaune ocreux, ce qui est dû à la présence de deux microbes surajoutés non pathogènes. Le fond des tubes de culture contient des ptomaïnes très actives. L'atténuation est possible et la vaccination a été faite avec succès sur des chevaux. Les cultures perdent leur virulence en France et la retrouvent lorsqu'elles sont rapportées au Brésil. Ceci explique la pratique des médecins du Brésil qui envoient dans les climats tempérés les malades atteints de béribéri.

M. Gley dépose une note de M. Lebrun sur *la production d'hydrogène sulfuré par les bactéries* et une note de MM. Combemale et François (de Lille), sur les *propriétés physiologiques et thérapeutiques du bleu de méthylène*. Ce corps agit sur les névralgies et les atteint d'une façon remarquable.

M. Gley a étudié, avec M. Charrin, l'*influence des produits solubles du bacille pyocyanique sur la diapédèse* et les réflexes vaso-dilatateurs. Ils ont constaté que, sous cette influence, l'action du nerf dépresseur de Ludwig-Cyon, l'excitation du bout central abaissent la pression d'une façon très nette, comme on le sait. Sur un animal qui a reçu en injection les produits solubles du bacille pyocyanique, cet abaissement de pression n'est pas supprimé, mais considérablement amoindri. Il en est de même du réflexe de Snellen-Schiff, relatif à la vaso-dilatation de l'oreille du lapin. Il s'ensuit que la diapédèse est arrêtée parce que la constriction des vaso-moteurs résulte de la présence des produits solubles.

M. Déjerine.— M. Dubois a mis en lumière, il y a 2 ans, une nouvelle entité morbide, la *névrite apoplectiforme*, à début subit, avec atrophie rapide consécutive et réaction de dégénérescence. Il n'existe rien du côté de l'encéphale et de la moelle. M. Déjerine a eu l'occasion de faire l'examen anatomique d'un cas de ce genre, portant sur le membre supérieur droit, avec perte de la sensibilité au début. Le malade mourut de tuberculose. Les centres nerveux n'avaient rien, mais le plexus brachial était englobé dans un tissu fibreux dense, riche en granulations d'hématoïdine. On pouvait donc attribuer les accidents à une hémorrhagie faite dans le tissu cellulaire du plexus.

M. Straus lit une note de M. Krojius (d'Helsingfors) *sur un bacille pathogène (Urobacillus septicus liquefaciens) trouvé dans les urines pathologiques*. M. Krojius, au laboratoire de M. le Pr Straus, a trouvé dans les urines de malades atteints de rétrécissements anciens, avec cystite et pyélonéphrite consécutive, trois fois sur dix cas, un bacille qui jouit de propriétés biologiques intéressantes et qui joue probablement un rôle important dans la pathogénie de l'infection urineuse. Ce bacille décompose énergiquement l'urée, comme le Micrococcus ureæ. La culture pure, injectée à la dose d'un demi-centimètre cube dans le tissu cellulaire sous-cutané des lapins, tue ces animaux dans un laps de temps allant de 2 heures à quelques jours. Les vieilles cultures paraissent douées d'une virulence extrême. Les symptômes observés chez les animaux infectés sont les suivants. Au point d'inoculation, rougeur œdémateuse, puis nécrose des téguments qui se décollent, exhalant une odeur gangréneuse, ammoniacale. Les animaux ont une hyperthermie marquée quelques heures déjà après l'injection. Ils sont prostrés, ont une diarrhée profuse et meurent dans le coma ou avec des convulsions. Les cultures filtrées sur porcelaine possèdent le même pouvoir toxique et pyrétogène que les cultures vivantes, quoique moins accusé. L'Urobacillus liquefaciens septicus ne peut être confondu avec la bactérie septique de MM. Clado, Albarran et Hallé. En effet, il liquéfie la gélatine, n'est pas pyogène et développe des accidents toxiques et gangréneux. Ces recherches, que M. Krojius se propose de continuer, peuvent contribuer à éclaircir la pathogénie de l'infection urineuse. Alex. Pilliet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 22 juillet 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

M. Hache (de Beyrouth) rapporte quatre observations d'*abcès du foie traités par l'incision franche* et dont deux furent suivis de guérison et deux de mort. Au point de vue des symptômes il faut remarquer que la douleur localisée n'est pas un signe de localisation de l'abcès, et qu'on doit par conséquent faire plusieurs ponctions exploratrices pour rechercher le pus. Le diagnostic du siège de l'abcès se fait mieux par les signes physiques et surtout par l'élargissement des espaces intercostaux et la fluctuation, laquelle toutefois n'existe que lorsque l'abcès est superficiel. Il faut faire la ponction dès qu'on présume la formation du pus, avec un gros trocart de l'appareil Potain. Il vaut mieux exciser le foie après la paroi, que simultanément comme le veut Little. Comme soins consécutifs il

© ANM

faut proscrire les lavages et se contenter de poudre d'iodoforme versée dans les tubes. Le pronostic est subordonné à l'état général, et grave surtout quand il existe de l'anorexie et de la diarrhée.

M. Lagneau propose *les mesures* suivantes comme *propres à rendre moins faible l'accroissement de notre population :*

1° *Pour restreindre le célibat et la natalité illégitime, favoriser et hâter le mariage et la natalité*, il faut : simplifier les formalités exigées pour le mariage, protéger davantage la jeune fille contre la séduction de 16 à 21 ans, forcer le séducteur à l'entretien de l'enfant, secourir les enfants illégitimes par des impôts spéciaux sur les célibataires de 25 ou 30 ans, maintenir plus longtemps les accouchées dans les maternités, prévenir la transmission des maladies contagieuses, surtout de la syphilis, restreindre au minimum de temps nécessaire la durée du service militaire.

2° *Pour restreindre la morbidité, la mortinatalité et la mortalité*, il faut : créer des maternités-ouvroirs où les femmes privées de leur emploi du fait de leur grossesse puissent trouver un asile et des soins ; établir des maternités où l'on puisse rester anonyme ; au lieu de tours, établir des bureaux pour recevoir, sous le sceau du secret, les enfants abandonnés ; obtenir par des secours que la mère garde son enfant comme nourrice payée, au lieu de l'abandonner ; rendre plus rigoureuse la loi sur la protection des enfants en bas âge ; aérer et rendre plus salubres les agglomérations urbaines ; substituer aux casernes urbaines des camps ruraux pour l'armée ; substituer dans les colonies les soldats indigènes à nos nationaux ; restreindre l'immigration des campagnards dans les villes.

3° *Pour favoriser l'accroissement de notre population*, il faut : fonder ou développer nos colonies ; multiplier nos relations commerciales internationales ; naturaliser aussi promptement et complètement que possible les 1 million 115,214 étrangers immigrés.

L'Académie nomme une Commission chargée d'un rapport de la question soulevée par M. Lagneau.

M. Laboulbène fait une communication qu'on trouvera à l'Académie des sciences sur les *moyens de reconnaître la ladrerie bovine par les cysticerques du tænia saginata et malgré leur rapide disparition à l'air atmosphérique.*

M. Rochard rapporte un fait qui prouve que dans les pièces de viande soumises à une ébullition peu prolongée, la température n'atteint pas 100°, ni même un degré suffisant pour tuer les cysticerques, et qu'on doit couper la viande en morceaux assez petits et la laisser bouillir longtemps.

M. Laboulbène croit qu'une viande ayant atteint 60° est inoffensive.

M. G. Sée commence la lecture d'un mémoire sur l'*usage du Cannabis indica dans le traitement des dyspepsies gastriques.*

L'Académie, sur le rapport de M. Bucquoy, dresse ainsi la liste de présentation des candidats au titre de correspondant étranger (1re division) : 1° M. Crocq (de Bruxelles) ; 2° M. Kalindéro (de Bukharest) ; 3° M. Rindfleisch (de Wurzbourg) ; 4° M. Corradi (de Pavie). P. S.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 17 Juillet 1890. — Présidence de M. Dumontpallier.

M. Hayem donne lecture de la seconde partie de son travail sur le *chimisme stomacal.* Se basant sur les valeurs des divers éléments chimiques du suc gastrique antérieurement déterminées par lui chez l'homme sain, il établit 3 classes de dyspeptiques. Dans la première, il range ceux qui ont une irritation fonctionnelle de l'estomac caractérisée par l'exagération des chlorures, de la chlorhydrie et de l'acidité totale chez lesquels il y a exagération du travail stomacal ou *hypopepsie.* Dans la seconde classe entrent les dyspeptiques chez lesquels il y a amoindrissement ou assimilation des éléments exagérés chez ceux de la classe précédente. Cette classe constitue l'*hypopepsie* ou l'*apepsie.* Cette classe très fréquente comprend la plupart des dyspepsies symptomatiques. La troisième classe est formée par les dyspeptiques peu nombreux dont le chimisme stomacal est peu modifié et dont la maladie dépend surtout d'un trouble mécanique ou nerveux. La première classe comprend 4 types : 1° le plus grave, les hypopeptiques digérant mal, caractérisé par l'augmentation de l'acidité totale. Ces malades souffrent, maigrissent, bien qu'ils mangent avec appétit. Ils ont l'estomac dilaté. Les hyperpeptiques du 2e type digèrent assez bien, le suc gastrique se trouve modifié par l'élévation des valeurs de C et A. Il y a souvent de la gastrorrhée. Chez ceux du 3e type, l'hyperpepsie domine, il y a augmentation de l'acidité normale, du chlore total et de la valeur d'H. Le 4e type se distingue par la présence des fermentations acides, les malades sont généralement des névropathes. La deuxième classe comprend un premier type, à digestion faible mais notable, avec dilatation de l'estomac et neurasthénie, avec deux sous-divisions ; dans la première H est en excès ; dans la deuxième, il fait défaut. Il y a dans ces deux sous-divisions 2 variétés de fermentations acides anormales ; dans la première, l'acidité manque ; dans la seconde, elle est exagérée, la valeur d'H est exagérée. Le deuxième type de l'hypopepsie se produit par l'abaissement de l'acidité totale ; la digestion est presque nulle — suc stomacal abondant, filtrant facilement, ou muqueux et rare, faible quantité de peptones. — Dans un certain nombre de cas, il se produit des fermentations acides. Dans le troisième type de dyspepsie ou *apepsie*, il y a suppression apparente des fonctions stomacales. Les déductions thérapeutiques qui découlent de cette nouvelle conception des gastropathies feront l'objet d'une communication ultérieure.

M. Gaucher présente, au nom de M. Potel et au sien, des pièces anatomiques relatives à *un cas de cancer de l'œsophage à début dyspnéique.* Il s'agit d'un homme de 66 ans ayant eu la syphilis, entré pour une oppression bientôt suivie d'accidents de suffocation assez graves pour nécessiter la trachéotomie. Le malade fut très soulagé. Mais bientôt il se plaignit de dysphagie et ses voisins rapportèrent qu'il ronflait la nuit d'une façon extraordinaire. Les crachats, qui ne contenaient pas de bacilles, prirent un aspect sanguinolent qui les faisait ressembler à ceux du cancer du poumon. On pratiqua le cathétérisme de l'œsophage, on constata l'existence d'un rétrécissement très serré de 18 centimètres de l'arcade dentaire. Deux mois après la trachéotomie, le malade mourait. A l'autopsie, cancer en nappe de l'œsophage qui comprimait les nerfs récurrents, avec noyaux secondaires dans le poumon et le foie. Cette observation prouve : 1° que le cancer de l'œsophage peut déterminer des accidents laryngés qui nécessitent la trachéotomie d'urgence ; 2° que la trachéotomie permet, dans ces cas, une survie assez longue. L.-R. Regnier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 23 juillet 1890. — Présidence de M. Nicaise.

Traitement des fibromes utérins par l'électricité.

M. Lucas-Championnière tient à rappeler qu'il a communiqué à la Société de Chirurgie, il y a plusieurs mois, un travail sur cette question. Dans ce travail, ayant pour base un grand nombre d'expériences faites avec M. le Dr Danion dans son service, il avait déjà essayé de faire le départ des cas de fibromes auxquels on devait appliquer l'électricité. Il a dit à cette époque que l'électricité pouvait être dangereuse quand il y avait des lésions des annexes ; il ajoute aujourd'hui qu'elle l'est surtout quand elle est appliquée à de trop hautes intensités ou quand on fait des ponctions intra-utérines comme M. Apostoli. M. L.-Championnière est en somme d'avis, lui aussi, qu'il ne faut pas employer l'électricité lors d'ovario-salpingites. En tous cas, il faut savoir que l'électrisation des fibromes par la méthode d'Apostoli est souvent douloureuse ; il y a des femmes qui ne peuvent pas la supporter. La méthode de M. Danion semble en général mieux tolérée. On sait que ce médecin se borne aujourd'hui à mettre un tampon dans le vagin et n'introduit plus d'électrode dans le col. — Il faut

© ANM

savoir de même que l'ablation des annexes ne donne pas des résultats constants. Quand l'opération radicale est faisable, comme c'est le cas chez un sujet jeune à fibrome facile à enlever, il faut recommander l'hystérectomie abdominale en se rappelant toutefois que cette opération donne encore une mortalité considérable.

M. QUÉNU a observé, pendant ces derniers temps, 18 à 20 femmes atteintes de fibromes et soignées par l'électricité au dispensaire qu'il dirige sans l'intervention de spécialiste. La technique de l'électrisation est facile ; il a employé de 100 à 150 milliampères. Les malades qu'il a observées peuvent être rangées en plusieurs classes. Dans une première catégorie, il place quelques succès remarquables qu'il a obtenus, entre autres celui de la mère d'un étudiant en médecine qui a été extrêmement améliorée, alors qu'elle était au début des électrisations dans un état très sérieux (cachexie, vomissements, pertes abondantes, muguet, etc.). A citer aussi, dans cette classe, un cas pour lequel M. Quénu avait déjà fait auparavant la castration, et chez lequel les pertes avaient reparu, malgré un tamponnement intra-utérin. M. Quénu cite encore quelques cas dans lesquels des douleurs vives ont disparu, de même que le météorisme et les troubles des fonctions digestives. Dans une seconde catégorie, il range les insuccès complets qu'il a observés; ils sont assez nombreux. — M. L.-Championnière a eu raison de dire que peu importe le siège du fibrome : qu'il soit interstitiel ou énucléé, l'électricité agit aussi bien ou aussi mal, suivant les cas, dans une alternative que dans l'autre. M. Quénu cite encore un fait intéressant. Une dame atteinte d'un fibrome donnant lieu à des hémorrhagies incessantes est traitée par l'électricité ; sous cette influence, on voit peu à peu le ventre augmenter et la tumeur se ramollir. En réalité, cette dame avait un fibrome gros comme les deux poings et un kyste de l'ovaire. C'était ce kyste de l'ovaire, passé inaperçu au début, qui s'était développé rapidement sous l'influence de l'électrisation dirigée contre le fibrome. Ainsi, l'électricité peut avoir une influence néfaste sur le développement des néoplasmes.

Quand, lors de fibrome utérin, on cherche à se rendre compte des conditions qui doivent engager à employer ou non l'électrisation, on constate, d'une part, que le siège de la tumeur n'a pas d'intérêt et que, d'autre part, en ce qui concerne l'existence ou l'absence de lésions des annexes, le diagnostic est la plupart du temps impossible. En effet, la douleur n'est pas un signe : le fibrome seul peut être douloureux ; enfin, l'âge lui-même n'a pas d'importance. Il faut en conclure que jusqu'à présent on manque de criterium. On doit donc appliquer l'électricité quand on croit que le traitement chirurgical serait grave en raison du volume de l'enclavement de la tumeur à enlever ou en raison de l'état général.

M. RICHELOT persiste à croire que la notion du siège du fibrome a son importance et qu'on ne doit pas employer l'électricité dans les fibromes pédiculés. Sa communication a eu surtout pour but de protester contre les abus commis dans l'emploi de l'électricité.

M. REYNIER fait une communication sur la *chloratropomorphinisation* par la méthode de Dastre et Morat et par le procédé d'Aubert (de Lyon) (1). On sait que M. Dastre a préconisé l'emploi de l'atropine pour combattre les accidents cardiaques réflexes du début de la chloroformisation (2), et que, d'autre part, pour combattre certains effets de l'atropine, il lui a associé la morphine. Ce mode d'anesthésie peut s'appeler, chez l'homme, *chloratropomorphinisation*. M. Reynier a repris l'étude de ce procédé d'anesthésie chez les animaux (Procédé Dastre) et chez l'homme. Malheureusement il a eu chez l'homme (Procédé d'Aubert) le cas de mort suivant :

Jeune fille de 16 ans atteinte d'ostéite tuberculeuse du pied droit. Injection d'atropine et de morphine suivant les doses indiquées par M. Aubert. Pendant l'anesthésie, on dépensa de 20 à 30 grammes de chloroforme. La malade n'était pas réveillée, mais respirait à l'air libre depuis 10 minutes, et l'opération était terminée depuis quelques instants, quand tout à coup la respiration s'arrêta. Respiration artificielle pendant 3 heures sans résultat.

40 minutes après la syncope respiratoire le cœur battait encore. A l'autopsie on ne trouva rien. Mais le Parquet, ayant eu connaissance de cet accident, pria M. Verneuil de faire une enquête sur ce cas de mort.

M. Reynier remercie M. Verneuil de lui avoir évité des ennuis avec la justice et fait remarquer, en passant, avec juste raison, combien il est regrettable de voir le Parquet intervenir dans des circonstances pareilles. Il n'y a pas de raison, dès lors, pour qu'il ne s'émeuve pas aussi dans les cas de mort par choc traumatique, etc.! M. Reynier croit que la mort est survenue, dans ce cas, par intoxication chloroformique ; mais il reste convaincu que cette intoxication n'aurait pu avoir lieu dans de telles conditions, si on n'avait pas injecté, au préalable, de l'atropine et de la morphine. En effet, l'atropochloroformisation prolonge le sommeil, comme M. Dastre l'a fait remarquer lui-même. Il semble que le chloroforme s'élimine moins facilement quand on l'associe avec l'atropine. M. Reynier signale deux cas dans lesquels on a noté, quelques heures après l'anesthésie par le procédé d'Aubert (1), une dyspnée notable ayant duré quelque temps. Ces accidents observés chez l'homme ont engagé MM. Reynier et Villejean à faire chez les animaux des expériences comparatives entre les divers procédés de chloroformisation. Ils en ont conclu que dans la chloratropomorphinisation chez les animaux, le chloroforme jouait un rôle très restreint et qu'on avait, toujours chez les animaux, exagéré la puissance toxique du chloroforme. En somme, d'après l'auteur, le procédé de M. Dastre est excellent chez les animaux, mais néfaste en clinique.

M. TERRIER a fait quelques recherches sur l'atropochloroformisation suivant le procédé d'Aubert. Chez les hommes, les résultats observés ont été presque identiques à ce qui se passe lors de chloroformisations ordinaires ; peu souvent le réveil a été retardé. Chez les femmes, au contraire, l'effet de l'atropine a été plus marqué. Dans un cas (il s'agissait d'une néphrectomie) la malade a semblé se réveiller ; mais, malgré tout ce qu'on a fait pour la réveiller, elle a succombé 1 h. 10 après l'opération, qui n'avait pas été délicate ni trop longue. M. Terrier explique la différence observée chez les hommes et les femmes par ce fait que ces dernières étaient peut-être placées dans de plus mauvaises conditions de résistance par rapport à l'atropine.

M. QUÉNU. — Le mode de réveil est très variable après l'anesthésie. On ne sait rien sur les lois qui le régissent. Certains malades se réveillent vite, d'autres lentement, sans qu'on sache trop pourquoi. M. Quénu rappelle une observation citée dans la thèse de M. Nélaton et dans laquelle la mort survint après le réveil. Il ne faut jamais quitter l'anesthésié avant qu'on ait conscience qu'il ne court plus de danger.

M. ROUTIER a endormi 50 à 60 malades par la méthode d'Aubert. Il n'a noté aucune différence avec la chloroformisation ordinaire, sauf une sensation de soif inextinguible.

M. MONOD a essayé aussi cette méthode. Il n'a pas constaté de différences sensibles.

M. BRUN a observé qu'en employant cette méthode l'anesthésie était plus rapidement obtenue, que la période d'excitation était diminuée et que le réveil était rapide.

M. SCHWARTZ rappelle que M. Labbé a préconisé un procédé de chloroformisation, qui permet, dans la très grande majorité des cas, d'éviter les accidents réflexes du début. Pourquoi, dès lors, recourir à la méthode de M. Dastre ?

(1) Voici la formule d'Aubert :

Chlorhydrate de morphine . . .	10 centigrammes.
Sulfate d'atropine	5 milligrammes.
Eau distillée.	10 grammes.

Injection, 15 à 30 minutes avant l'opération, de 1 cmc. 1/2 de la solution ci-dessus, c'est-à-dire une seringue de Pravaz et demie, si la seringue contient un gramme de liquide.

Cela fait 1 centigramme de morphine et 1 demi-centigramme d'atropine par chaque anesthésie.

(2) Il ne faut pas oublier qu'à la dose ci-dessus il n'y a pas assez d'atropine pour paralyser, en quoi que ce soit, les pneumogastriques d'un homme de 80 kilogrammes, c'est-à-dire pour éviter les accidents réflexes du début de la chloroformisation ; mais il y en a assez pour qu'il y ait une action réelle sur les centres nerveux.

(1) Dans l'un des derniers numéros de la *Revue médicale de Toulouse* (p. 151, 1er juillet 1890), on trouvera une apologie du procédé de M. Aubert, due à la plume de M. le Dr Jeannel.

© ANM

M. Terrier fait remarquer que contrairement à ce qu'a dit M. Dastre, M. Brun, qui a employé le procédé d'Aubert, a observé que le réveil des anesthésiés se faisait plus rapidement. Les résultats obtenus chez l'homme par M. Routier, M. Monod, etc., et par lui-même, ne sont pas comparables à ce qui a été noté chez les animaux, probablement parce que les doses d'atropine employées ont été modérées (1). Mais M. Terrier pense qu'il ne serait pas prudent de les augmenter.

M. Reclus montre un *appendice vermiculaire qu'il a réséqué au cours d'une laparotomie pour péritonite localisée.* Le malade a succombé.

Elections. — MM. Ledru, Bois, Lagrange et Chalot sont nommés membres correspondants nationaux.

Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 23 Juillet 1890. — Présidence de M. P. Vigier.

Discussion sur la digitale (suite).

M. Catillon. — J'ai souvent constaté que le médecin n'indique pas, sur son ordonnance, de filtrer la macération de poudre de digitale, ce qui éviterait les accidents signalés par M. Bucquoy et M. Huchard. La forme pilulaire est très usitée en pharmacie; les granules de digitaline sont très usités et, si cette forme méritait les reproches de M. C. de Gassicourt, nous n'aurions plus de malades vivants. Ces granules sont composés de sucre de lait, de gomme, de sirop, substances très solubles. J'ai fait des dissolutions de granules récents et anciens; j'ai constaté que ces granules ne perdent pas leur solubilité. Sur un estomac d'animal, j'ai déposé des granules, il y a un instant; ils sont actuellement en déliquescence. Il existait autrefois des pilules perpétuelles, mais elles étaient composées d'antimoine métallique ; le sulfate de quinine en pilules se dissout peu, parce que la substance elle-même est très peu soluble. Les granules se font actuellement comme des pilules. Le dosage est plus facile avec les granules qu'avec les solutions ; il est très difficile de peser un milligramme pour la confection de ces dernières.

M. Blondel. — M. le Pr Regnauld a déjà raconté le fait curieux d'un enfant ayant absorbé une certaine quantité de granules de digitaline et n'en ayant ressenti aucun mal.

M. Moutard-Martin. — Est-il possible que des granules puissent rester dans un pli de l'estomac ou de l'intestin, pour surgir tout d'un coup, être absorbés en masse et produire des accidents? Ce fait s'est souvent observé pour les granules d'arsenic, par suite de l'accumulation.

M. Catillon. — Il est admis depuis longtemps que l'arsenic s'accumule pendant longtemps, d'une façon physiologique, même s'il est donné à l'état de solution. Les montagnards prennent de grandes quantités d'acide arsénieux et n'ont pas d'accidents, sauf quand ils cessent. Dans l'expérience que je viens de faire, en disposant les granules sur la muqueuse stomacale, ceux-ci se dissolvent très rapidement, même dans le mucus qui en recouvre la surface. Le fait rapporté par M. Blondel doit certainement être dû à des granules fabriqués avant la clause du Codex de 1866.

M. Delpeuch. — Je crois que tout le monde a raison dans la question. Il peut arriver que certaines substances ne se dissolvent pas dans les granules. Il est bien rare que les granules du Codex ne soient pas dissous, à moins qu'il n'existe des troubles du tube digestif. Pour un certain nombre de substances toxiques, le foie empêche les empoisonnements en réglant l'absorption des médicaments. Il y a cependant, je crois, de très mauvais préparateurs de granules, ce qui a fait laisser de côté ces derniers par les médecins et a fait revenir ceux-ci aux solutions.

(1) Il faut absolument faire remarquer que la méthode d'anesthésie employée par M. Dastre, chez les animaux, est bien plutôt une *atropomorphinisation* qu'une *chloroformisation*. Dans la formule de M. Aubert, au contraire, il entre une bien plus faible dose d'atropine et de morphine. Celle-là est réellement une chloratropomorphinisation. Il ne faut *absolument* pas confondre les deux formules, méthode de Dastre et procédé d'Aubert. Les principes de M. Dastre, appliqués chez l'homme dans toute leur rigueur, donneraient des résultats sûrement néfastes. On sait qu'il préconise un milligramme d'atropine par kilogramme d'animal (M. B.) !

M. Moutard-Martin. — Le foie ne s'oppose pas à l'absorption, mais à l'élimination du médicament.

M. Catillon. — Nous savons très bien qu'il y a des granules se rapprochant des remèdes homéopathiques qui ne font de mal à personne. M. Dujardin-Beaumetz a signalé le fait de l'absorption d'un tube de ces granules sans accidents consécutifs.

M. Delpeuch. — Il s'agit de granules de Burgraeve.

M. Créquy. — Il y a quelques mois j'ai donné du sulfate de quinine en pilules à une malade ayant la fièvre typhoïde et des coliques hépatiques. J'ai retrouvé une fois une pilule de sulfate de quinine dans les selles.

M. C. Paul. — Toutes les pilules vieilles se dessèchent et se dissolvent mal. Je donne souvent le sulfate de quinine en pilules, il suffit qu'elles soient fraîches, faites avec de la glycérine, couvertes de poudre d'amidon.

M. Vigier. — Si j'avais à ordonner de la quinine, je ne la donnerais pas à l'état de sulfate si peu soluble.

M. C. Paul. — Le sulfate de quinine a été longtemps le sel le plus stable, le meilleur de la quinine. Les autres sels, chlorhydrate, bromhydrate, etc., sont très solubles ; je les ai essayés, mais ils m'ont donné de moins bons résultats que le sulfate de quinine. Les théories d'identité chimique ne concordent pas avec les théories thérapeutiques.

M. Delpeuch. — Il ne s'agit pas ici de substitution chimique.

M. Bilhaut fait une communication sur l'*extraction d'un corps étranger de l'œsophage par le procédé du Dr Créquy.* Il s'agit d'une femme de 35 ans qui, en mangeant un ragoût, avala un fragment d'os de mouton. L'examen du pharynx ne permettait pas de se rendre compte du siège occupé par le corps étranger. Cependant les mouvements de déglutition étaient douloureux. La respiration se faisait facilement, ce qui indiquait que le corps étranger ne se trouvait pas au voisinage des voies aériennes. La malade accusait une douleur assez vive sur le côté gauche. L'introduction d'une sonde en gomme élastique, armée d'un tampon formé par la moitié d'un écheveau de fil emmêlé et fixé par un cordon solide, permit de dépasser le point où se trouvait le corps étranger. Je suivis la paroi droite du conduit œsophagien. La sonde était rigide grâce au mandrin qu'elle renfermait. En retirant la sonde, la paroi gauche de l'œsophage fut fortement déprimée et, quand le tampon revint dans la bouche, il renfermait le corps étranger, qui n'était autre qu'un fragment d'os de mouton long d'un centimètre et demi, large, à sa base, d'un demi-centimètre, et se terminant par une pointe aiguë. Il est probable que c'est par cette extrémité que le corps étranger était fixé dans l'œsophage. Le soulagement fut immédiat et la malade guérit sans difficulté. Dans un autre cas, j'eus recours au même moyen, mais sans succès. La malade avait avalé une aiguille en mangeant précipitamment une cuillerée de soupe. L'aiguille traversa l'œsophage et fit issue à la peau au bout de trois semaines.

M. Créquy. — M. Bilhaut a fort bien fait de ne pas exécuter d'efforts considérables dans le second cas ; car en forçant on peut déterminer des accidents mortels.

A. Raoult.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 23 juillet 1890. — Présidence de M. le Dr Lagneau.

Les eaux à Paris.

M. Humblot répond à la communication de M. Livache. Il montre que Paris d'ici deux années aura une quantité d'eau de source suffisante. Quant au mélange des eaux de source, de Marne et de Seine, il y a longtemps que la ville ne les fait plus. Si on trouve des différences dans les degrés hydrotymétriques, on doit reconnaître qu'en général ces variations ne portent que sur des dixièmes de degrés. De plus, dans l'eau de Vanne il y a des variations saisonnières et journalières : l'aqueduc de la Vanne reçoit 9 sources différentes ; l'ensemble de ces sources donne cent vingt mille mètres cubes par jour, plus que les tuyaux ne peuvent en contenir. Quand les sources hautes ne suffisent pas, on prend de l'eau dans les sources basses ; la réparation d'une machine ou d'un tuyau

© ANM

nécessite également la prise d'eau d'une autre source. Comme l'ensemble de l'eau de Vanne est fourni par différentes sources selon les besoins, il n'est pas étonnant de trouver des variations dans le degré hydrothymétrique. De plus, l'eau dans la canalisation est soumise à des changements de pression, et son acide carbonique peut s'accumuler et augmenter le degré hydrothymétrique. Une autre cause de variations hydrothymétriques provient de la communication entre les tuyaux d'eau de source et de Marne dans l'intérieur des maisons. Les causes de ces variations sont donc multiples, et il n'est pas nécessaire d'invoquer les mélanges *clandestins* qui ne se font jamais.

M. LIVACHE. — Les variations de dixième de degrés sont suffisantes, si on a eu soin de prendre des échantillons types. M. Humblot a dit que les sources variaient de titre, mais il semble que dans leur parcours de 174 kilomètres elles ont pu se mélanger. J'ajoute que j'ai pu vérifier par mes analyses que la Compagnie mélangeait l'eau de Seine à l'eau de source la veille du jour où elle avait annoncé qu'elle opérait ce changement.

M. SCHNEIDER. — Depuis que l'autorité militaire est prévenue à temps des changements d'eau de source, elle peut prendre des précautions ; quand l'eau de Seine est substituée à l'eau de source dans les casernes, on fait bouillir l'eau ; grâce à ces mesures, il n'y a pas eu un cas de fièvre typhoïde à Paris pendant le mois de mai dans la garnison.

M. SEVESTRE.—*Discussion de la communication de M. Gaucher.* — Il me semble que M. Gaucher a été un peu sévère à propos de l'isolement ; je crois que la transmission de la rougeole est rare par une tierce personne, et qu'elle se fait par le malade lui-même. Je crois que l'atmosphère ambiant du malade est seul à incriminer, sans nier cependant la possibilité de la transmission par les objets et les personnes. Aussi, selon moi, faut-il recourir à l'isolement, sans toutefois négliger l'antisepsie.

MM. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE et PEYRON prennent part à la discussion.

M. GRANCHER. — L'isolement n'a pas diminué la mortalité pour la rougeole ; il faut l'antisepsie avec l'isolement. Depuis longtemps l'idée de la contagion par l'atmosphère n'est plus admise. C'est ce que Fauvel, en 1866, démontra pour le choléra.

M. ST-YVES-MÉNARD. — La médecine vétérinaire a obtenu de très bons résultats de l'antisepsie médicale. C'est ainsi qu'au Jardin d'acclimatation la maladie des chiens existait en permanence ; j'avais en vain pratiqué l'isolement, j'ai employé alors les antiseptiques et en particulier le crésile : en deux mois la maladie a disparu.

M. GRANCHER.— L'antisepsie médicale a réussi pour la diphtérie et pas pour la rougeole, parce que la contagion de la rougeole se fait avant qu'on puisse reconnaître la maladie. Aussi est-il nécessaire d'avoir des pavillons de douteux où il faudra pratiquer une antisepsie médicale rigoureuse. MARTHA.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 10 juillet 1890.— PRÉSIDENCE DE M. POLAILLON.

Endométrite chronique traitée par les flèches de chlorure de zinc.

A propos de la communication faite la dernière fois sur ce sujet par M. LAPEYRE, M. REYNIER affirme sa préférence pour cette opération comparée au curage.

M. DELTHIL. — Je partage absolument l'idée de M. Reynier que le curetage est une opération qui ne doit s'employer que dans des cas exceptionnels ; je suis bien persuadé que c'est l'antisepsie consécutive au curetage qui en assure le succès et que le raclage seul serait insuffisant pour obtenir une guérison durable. J'ai déjà, dans une réunion précédente, rapporté que je me sers depuis longtemps d'un traitement qui m'a donné des résultats très favorables, les injections de sublimé intra-utérines et je me propose d'en communiquer quelques observations à la Société. Je ne sais si cette méthode a été employée par d'autres médecins ; mais je puis certifier qu'elle m'a réussi dans quelques cas où la guérison semblait problématique. Je fais au préalable une dilatation du col utérin et après cette opération préparatoire j'injecte le liquide antiseptique au moyen d'une sonde à double courant. Le liquide est la liqueur de Van Swieten dédoublée. Cette opération est parfois assez douloureuse, donne du ténesme et des douleurs s'irradiant dans les plexus et même les jambes. Cette thérapeutique gynécologique semble rationnelle, car l'utérus peut être comparé à un vaste ganglion qui, à l'instar des autres ganglions de l'économie, n'est jamais infecté comme l'a dit M. le professeur Cornil. Il s'agit donc dans l'endométrite de l'aseptiser directement en l'injectant à plusieurs reprises et de maintenir aseptique le vestibule, c'est-à-dire le vagin. J'ai pu observer que l'emploi de ces moyens chez les femmes atteintes d'endométrite, et dont les règles sont douloureuses parce que le sang est expulsé en cailiots et par suite avec tranchées utérines, amenait l'écoulement cataménial à se faire presque sans douleur.

M. JASIEWICK, au sujet de la thèse soutenue à Gand cette année par M. le Dr Desoin : *De l'amygdalite considérée comme maladie contagieuse et infectieuse*, rappelle que les deux propositions : l'amygdalite est toujours infectieuse ; et est contagieuse, ont déjà été signalées à différentes reprises, dont la première remonte à 1885. Il profite de cette occasion pour maintenir ses conclusions. Les cas nombreux d'angine observés par lui depuis quelques semaines prouvent parfaitement que 1° l'angine simple est une maladie contagieuse, 2° l'angine simple est une maladie infectieuse ; 3° l'angine simple est une maladie infectieuse parce qu'elle constitue une forme atténuée des fièvres éruptives zymotiques régnantes.

Cas d'anurie calculeuse suivi de mort.

M. DIGNAT fait une communication sur ce sujet.

M. REYNIER demande si la malade a rendu du sable ou du gravier.

M. DIGNAT répond qu'elle a toujours rendu du gravier, jamais de sable.

M. REYNIER insiste sur ce fait parce qu'il a eu l'occasion d'étudier deux cas d'anurie complète où l'autopsie a révélé une oblitération des deux uretères au niveau de la pénétration des deux uretères dans la paroi musculaire de la vessie. Il croit que l'anurie est plus rare avec les graviers parce que l'oblitération est toujours incomplète et rarement double.

De l'électrolyse linéaire.

M. FORT compare avec des observations l'innocuité de l'électrolyse linéaire et des dangers de l'uréthrotomie interne.

M. PICARD reconnaît que l'uréthrotomie interne peut donner des accidents, mais il demande sur quels faits s'appuie M. Fort pour la traiter d'opération dangereuse.

M. FORT répond que pour être complète l'uréthrotomie interne doit être pratiquée avec une lame très large et expose aux hémorrhagies et aux accidents nerveux.

M. PICARD a pratiqué un grand nombre de fois cette opération sans avoir eu d'accidents graves, pas plus que nombre d'autres opérateurs. Il a même soigné des malades qui ont pu reprendre leurs occupations au bout de 48 heures, malgré ses conseils il est vrai. Il reconnaît que l'électrolyse peut délivrer le malade, mais cela ne lui paraît pas justifier la qualification de *mauvaise opération* appliquée à l'uréthrotomie, car c'est une expression capable d'effrayer certains malades et de jeter le discrédit sur ceux qui la pratiquent.

M. DE BACKER s'étonne des succès obtenus par M. Fort. Il se demande ensuite pourquoi il ne fait pas d'antisepsie.

M. FORT répond qu'il fait, avant et après l'opération, des injections antiseptiques. A M. Picard il objecte qu'entre deux opérations, l'une inoffensive et l'autre qui expose à des dangers et exige des soins consécutifs, il préfère la première.

Le Secrétaire des séances : Dr M. TISNÉ.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE.

Séance du lundi 7 juillet 1890. — PRÉSIDENCE DE M. POUCHET.

M. VIBERT fait une communication sur un cas de *mort déterminée par un simple cathétérisme du col utérin, au cours des manœuvres abortives.*

Il s'agit d'une jeune femme qui avait été apportée dans un hôpital par deux femmes. L'autopsie n'a pu révéler la cause de

© ANM

la mort ; on a pu constater seulement qu'il existait une grossesse de 4 mois environ, que les organes génitaux ne portaient aucune trace de violence extérieure et qu'il n'y avait pas encore commencement de travail. Mais l'instruction a établi que cette femme a subi des manœuvres abortives pratiquées depuis longtemps par une nommée X... Celle-ci avoua avoir introduit dans le col la canule d'un injecteur ordinaire et, avant que le liquide ait le temps de pénétrer dans la cavité utérine, la femme a été prise des accidents syncopaux et elle succomba au bout de quelques minutes.

M. LEBLOND fait remarquer que le cathétérisme utérin produit facilement des réflexes avec tendance à la syncope.

M. G ASSET (de Montpellier) fait une communication sur *les stigmates professionnels des boulangers*. — Les ouvriers qui pétrissent le pain avec leurs mains présentent, au niveau des articulations phalango-phalangiennes des quatre derniers doigts de la main droite, quatre durillons tout à fait caractéristiques.

J. ROUBINOVITCH.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE.

Séance du 17 juillet 1890. — PRÉSIDENCE DE M. SANSON.

M. FAUVELLE, à la suite de la dernière communication de M. Laborde *sur les fonctions du cervelet*, présente deux observations cliniques d'ataxie locomotrice et d'incoordination des mouvements. Les malades, deux femmes, exécutaient facilement et, selon leur volonté, les mouvements des bras et des membres, l'orteil pincé réagissait. Debout, la continuité de l'effort était impossible, les jambes fléchissaient, les muscles intervenant dans la station se montraient en désaccord. On n'a pas constaté de lésion des pédoncules cérébelleux chez l'homme. Le cervelet, centre d'innervation, est un centre de synergie des muscles concourant à la station debout.

M. G. DE MORTILLET offre une 1re *série de* 6880 *photographies* non réclamées des exposants de l'Exposition de 1889. Ces cartons ont été mis gracieusement à la disposition de la Société par M. Tirard. Il présente en outre, de la part de M. Boule (Constantine), *un crâne*, probablement *phénicien*, franchement dolichocéphale. Les crânes phéniciens offrent d'ordinaire un grand mélange d'indices céphaliques.

M. A. BERTILLON offre son très intéressant ouvrage sur la *photographie judiciaire*. De même qu'en anthropologie, pour l'étude de la parité des races, de même pour celle de la parité des individus, il faut que l'étude porte sur des éléments similaires ; il est nécessaire d'avoir des photographies prises dans les mêmes conditions. L'auteur nous apprend comment on peut les obtenir et comment il faut s'en servir. La parure de l'oreille, importante au point de vue de l'identité, est le sujet d'une étude spéciale qui a relevé un nombre considérable d'anomalies des formes extérieures de cet organe.

M. MAHOUDEAU présente de la part du Dr Ménard, *un crâne colombien*, masaticéphale, d'une tribu indienne à Panama. Il donne quelques détails sur les sépultures qu'on trouve établies dans des cavernes de tuf, fermées d'une dalle. Le cadavre, replié la tête en avant, est entouré d'armes en pierre polie, de poteries, etc.

Mme Cl. ROYER appelle l'attention sur quelques passages curieux du livre de Stanley, notamment sur la façon dont les singes se servent du feu.

M. A. DE MORTILLET, au nom de la Commission spéciale nommé *ad hoc*, rend compte des résultats des fouilles dans les *foyers préhistoriques de Cormeilles*. On a trouvé divers objets : ossements, armes, poteries. Les armes sont de l'époque de la pierre polie. Parmi les ossements, on reconnaît ceux d'une faune domestique : mouton, bœuf, porc ; et ceux d'une faune sauvage : cerf et chevreuil.

M. L. MANOUVRIER fait une communication sur *l'incurvation du fémur, sur la saillie de la ligne âpre et sur l'ensemble des caractères préhistoriques du squelette du membre inférieur*. — L'auteur rappelle ses persévérants travaux sur la platycnémie, sur la rétroversion de la tête du tibia et sur la platymérie (aplatissement sous-trochantérien du fémur). Il a expliqué la formation de ces différents caractères par la suractivité et le besoin d'agrandissement consécutif de différents muscles, particulièrement du tibial postérieur et du vaste interne dont la fonction inverse a été développée par la marche bipède et surtout par la marche ascendante et la marche en flexion. La fonction inverse du tibial postérieur consiste à maintenir le tibia solidement immobile pendant que le fémur prend sur lui un point d'appui ; et la fonction inverse du vaste interne, comme de l'ensemble du quadriceps fémoral, consiste à étendre la cuisse sur la jambe en prenant le tibia pour point d'appui. Cette dernière fonction ne pouvant s'exercer sans le secours de la première, on s'explique la coïncidence générale de la platymérie avec la platycnémie et aussi avec la rétroversion de la tête du tibia qui résulte de la position fléchie du fémur sur le tibia dans les mouvements indiqués ci-dessus. Or, il existe d'autres caractères coïncidant en général avec les précédents et dont on n'avait pas encore donné une interprétation anatomo-physiologique satisfaisante. Ce sont : l'incurvation et la saillie de la ligne âpre des fémurs dits *à pilastre*. La saillie de la ligne âpre paraît due, au premier abord, au développement des muscles adducteurs qui s'insèrent sur cette crête ordinairement peu saillante. Telle a été l'opinion de l'auteur lui-même et de tous les anatomistes auxquels il a demandé leur avis. Or, il n'en est rien. Une étude comparative faite sur un grand nombre de fémurs a montré à l'auteur que la saillie souvent énorme de la ligne âpre ne favorise nullement les insertions que fournissent à divers muscles les rugosités de cette crête. Sa saillie est uniquement déterminée par le creusement et l'agrandissement antéro-postérieur de la face externe du fémur pour les besoins des fibres du vaste externe qui s'insèrent directement sur l'os. C'est d'une façon absolument analogue que se produit la crête sagittale des anthropoïdes mâles sous l'influence de l'agrandissement du muscle temporal. La ligne âpre proprement dite du fémur reste étrangère à la modification morphologique dont il s'agit ; elle se trouve simplement portée plus en arrière. C'est donc le vaste externe seul qui se trouve en cause, c'est-à-dire encore le triceps fémoral. Le vaste interne et le crural modifient la portion supérieure du corps de l'os (platymérie) et le vaste externe la portion moyenne et inférieure.

Physiologiquement, il ne s'agit pas de la fonction directe du triceps, l'extension de la jambe sur la cuisse. Cette fonction n'exige qu'un travail minime ou même nul du triceps crural dans les mouvements de la marche. C'est même pendant l'extension de la jambe que le triceps se repose. Mais les traités classiques d'anatomie n'envisagent ordinairement que les fonctions musculaires d'un homme supposé suspendu en l'air. La fonction dont il s'agit c'est évidemment l'extension de la cuisse sur la jambe qui nécessite un travail énorme de la part du triceps chargé de soulever le poids entier du corps. L'expérience démontre que le grand fessier vient en aide au triceps, bien que les deux muscles semblent agir en deux sens opposés. Aussi la présence du troisième trochanter et de la fossette hypotrochantérienne, étudiée par M. Houzé, coïncide-t-elle presque toujours avec les caractères fémoraux précités.

M. Manouvrier passe ensuite à l'interprétation de l'incurvation du fémur dans le sens antéro-postérieur. Cette incurvation est produite mécaniquement par la traction exercée d'arrière en avant par le triceps fémoral dans l'extension de la cuisse sur la jambe pendant que le poids du corps agit d'avant en arrière ou de haut en bas sur l'extrémité proximale du fémur. Ainsi se trouve confirmée l'interprétation précédemment donnée par l'auteur, à propos des autres caractères préhistoriques du squelette du membre inférieur. Tous ces caractères se trouvent ainsi rattachés les uns aux autres physiologiquement comme ils le sont anatomiquement. Ils sont tous en rapport avec la suractivité imposée aux fonctions du membre inférieur, soit par la nature du terrain, soit par la chasse, unique moyen d'existence de la plupart des populations préhistoriques de l'Europe.

De là une conclusion au point de vue de l'anatomie philosophique. On s'est trop hâté de qualifier de *simiens* beaucoup de caractères rencontrés sur les ossements humains préhistoriques, en vertu d'une analogie superficielle ou même parfaitement caractérisée. Pour qu'un caractère anatomique mérite cette épithète chez l'homme, il ne suffit pas qu'il se retrouve chez les anthropoïdes ; il faut qu'il soit devenu inutile à l'homme ou qu'il se trouve en opposition avec d'autres caractères du perfectionnement humain. Si l'homme descend d'un grimpeur, il a dû nécessairement utiliser, pour la marche bipède, les muscles mêmes de ce grimpeur. Certains de ces muscles, qui travaillaient beaucoup chez l'ancêtre grimpeur, ont dû travailler tout autant et beaucoup plus chez le descendant marcheur, d'où la persistance et même l'accentuation chez ce dernier de caractères déjà existants chez le grimpeur. Ces caractères anatomiques ne peuvent être appelés *simiens* chez l'homme alors qu'ils sont conservés accentués sous l'influence de la suractivité de fonctions parfaitement humaines, suractivité en rapport avec des actes caractéristiques du perfectionnement humain au point de vue du mode de locomotion.

G. CAPUS.

© ANM

REVUE DE CHIRURGIE

I. — Minjard (Louis). — **Du traitement des kystes hydatiques du foie** (*Méthode éclectique de Bouveret*). - Baillière, Paris, 1890.

II. — Marx. — **Colpocèle postérieure et son traitement.** — Thèse, Paris, 1890.

III. — Crouzat. — **De l'opération du varicocèle par le procédé Horteloup.** — Thèse de Paris, 1889. H. Jouve.

I. — Le travail de M. L. Minjard est une bonne revue générale, assez au courant de la bibliographie moderne, — quoiqu'il y ait des oublis importants, — du traitement des kystes hydatiques du foie. On y trouvera surtout décrite la *méthode éclectique de M. Bouveret*, dont nous avouons ne pas comprendre l'opportunité. Quoi qu'en pense l'auteur, le traitement de choix reste la laparotomie d'emblée, c'est-à-dire l'opération de Lindemann-Landau ; et quoique ces kystes peuvent parfois guérir par la ponction, — nous remercions d'autant plus l'auteur d'avoir reproduit notre explication à ce propos que personne n'y avait prêté attention, — il ne faut plus s'attarder aux bagatelles de la porte. La question est vidée aujourd'hui. Que la guérison puisse s'observer par la méthode de M. Bouveret, rien d'étonnant, puisqu'elle consiste à *transformer l'opération de choix en un seul temps en une opération en trois temps !* Mais quel besoin avait-on de compliquer les choses ? C'est qu'on en est toujours à la phase de peur de la laparotomie. Quand donc sortirons-nous de cette impasse! Inutile de discuter avec ceux qui ne veulent rien entendre. En terminant, faisons remarquer simplement que nous avons établi dans notre article la division des kystes hydatiques en trois classes, avant M. Bouveret (1). Mais que M. Minjard se console ! Nous ne réclamons rien, car cette division était déjà indiquée dans la thèse de notre collègue Braine ; nous n'avons fait que la répéter.

II. — La thèse de M. Marx, intitulée *Colpocèle postérieure et son traitement* comprend trois parties : une anatomique, une clinique, une troisième opératoire.

Dans la première partie, l'auteur refait l'anatomie du plancher pelvien, chez la femme. S'autorisant des études de Dickinson et de Doléris sur le releveur de l'anus, il nous montre ce muscle sous un nouvel aspect, aussi bien au point de vue anatomique qu'au point de vue physiologique. Le vagin est également étudié dans ses rapports et ses connexions avec l'utérus, le rectum et le cul-de-sac de Douglas.

Dans la deuxième partie, l'auteur divise les prolapsus du vagin en *totaux* antérieurs et postérieurs. Il néglige volontairement les deux premiers et ne s'occupe que du prolapsus postérieur qu'il appelle Colpocèle postérieure (2). Cette colpocèle postérieure peut s'accompagner de prolapsus utérin, ou bien exister seule. Quand elle existe seule, elle peut être partielle (profonde ou externe) ou totale. Quand elle est externe ou totale elle s'accompagne ordinairement de déchirure du périnée, ou de périnée insuffisant. M. Marx discute alors les procédés opératoires applicables aux différentes formes de colpocèle postérieure. Il insiste surtout sur le traitement de la colpocèle postérieure compliquée de déchirure périnéale partielle ancienne. Il expose les procédés opératoires les plus connus qui sont employés aujourd'hui pour remédier à ces états pathologiques. Il décrit avec détails tous les procédés, et principalement le nouveau procédé opératoire de M. Doléris, modification heureuse du procédé de Lawson-Tait, ou plutôt perfectionnement ingénieux de la périnéorrhaphie à lambeaux que ce gynécologue emploie depuis longtemps avec succès. Ce travail est à consulter parce qu'on y trouvera brièvement décrits, avec figures explicatives, les procédés opératoires destinés à remédier au prolapsus vaginal postérieur.

III. — M. Crouzat, élève de M. Horteloup, vient de passer sa thèse sur un sujet très intéressant : le *nouveau procédé opératoire* qu'emploie M. Horteloup pour traiter le varicocèle. On connaît l'ancien, étudié par notre collègue Wickham. Bien accueilli généralement, il fut pourtant critiqué par quelques-uns à cause de sa complexité. Tenant compte des avis de ses collègues, M. Horteloup a simplifié sa manière de faire. Il a d'abord modifié son clamp ; on en trouvera le dessin dans ce travail. Ce nouveau modèle a l'avantage de serrer également les parties saisies ; il est formé de deux branches parallèles réunies par deux vis. Au lieu de six aiguilles, M. Horteloup en emploie maintenant treize, ce qui permet de bien maintenir la peau entre les branches du clamp. Pour les sutures, il se sert actuellement de soie pour les profondes, de crins de Florence pour les superficielles. Dans cette thèse on trouvera aussi le manuel opératoire qu'emploie M. Horteloup pour exciser les veines antérieures du cordon qu'il respecte dans la plupart des cas. L'auteur rapporte trois observations ayant trait à ce *modus faciendi* ; il consacre le reste de son travail à la comparaison de ce mode de traitement à ceux qu'ont défendus récemment les autres chirurgiens, et rapporte les cas opérés à la manière de M. Horteloup par M. Le Dentu et M. le Dr Roux (de Lausanne). On lira avec fruit cette thèse, qui est un peu courte, mais qui est le complément obligé du travail de M. Wickham.

M. B.

(1) Notre article a paru dans le n° 15 du *Progrès médical* (1887) et celui de M. Bouveret dans le n° 16 du *Lyon médical* (1887).

(2) A notre avis, ce terme, basé sur la symptomatologie et non sur l'anatomie pathologique (car il veut dire *tumeur siégeant à la partie postérieure de la vulve*), est discutable. Tant qu'à créer un mot nouveau, nous en aurions choisi un plus explicite.

CORRESPONDANCE

Les Pharmaciens des Bureaux de Bienfaisance.

Paris, le 19 juin 1890.

Monsieur le Rédacteur en chef,

J'ai lu votre article sur la distribution des médicaments dans les bureaux de bienfaisance. Pour les grandes villes, et surtout pour Paris, vouloir confier la pharmacie à des laïques (hommes ou femmes), c'est revenir au temps des sœurs. La dépense sera probablement la même. Mettre des pharmaciens diplômés à la tête de ces pharmacies, c'est, dit M. Napias, diminuer la dépense dans des proportions de 54 0/0. Eh bien, on diminuera encore la dépense de 25 0/0 au minimum en mettant en pratique les observations que je vais vous faire.

Les médecins des bureaux de bienfaisance (sauf de rares exceptions) ont pris pour habitude de formuler de la façon suivante :

Sirop diacode.	250	grammes.
Vin créosoté	250	—
Teinture d'iode	60	—

Pourquoi 250 gr. de sirop diacode, quand ces médecins disent aux malades d'en prendre 1 cuillerée à soupe le soir ? Les malades viennent à la consultation une fois par semaine. 7 cuillerées de sirop diacode font 140 gr. C'est donc 250 — 140 = 110 gr. de sirop diacode formulés en trop. Pour le vin créosoté (2 cuillerées par jour), c'est 250 — 210 = 40 gr. en trop. Et pourquoi 60 gr. de teinture d'iode, quand 15 gr. seraient suffisants pour 4 ou 5 badigeonnages. Donc, pour une seule ordonnance, c'est 110 gr. de sirop de diacode, 40 gr. de vin créosoté, 45 gr. de teinture d'iode *de trop*, c'est-à-dire *perdus*, soit plus de 25 0/0 *jetés à la rue* pour arroser les pavés.

Le seul moyen pratique est donc, pour moi et pour tous les médecins qui voudront comprendre mon raisonnement (ce qui n'est pas difficile), de prendre les médicaments à la Pharmacie centrale et de mettre à la tête des bureaux de bienfaisance des pharmaciens diplômés qui ne délivreront aux malades que les quantités nécessaires pour une semaine. Proposez cela et vous aurez gain de cause. On ne pourra jamais dépenser moins, tout en restant dans la légalité.

Je vous souhaite bonne chance dans cette revendication.

Un Pharmacien pratique.

Nous avons autrefois proposé de modifier le service de la pharmacie en transformant l'internat en pharmacie et en confiant la surveillance effective des maisons de secours aux pharmaciens des hôpitaux et à leurs aides. La proposition de notre correspondant s'en rapproche.

Congrès des médecins aliénistes français. — Nous rappelons à nos lecteurs que le premier congrès annuel des médecins aliénistes français s'ouvrira le lundi 4 août à Rouen.

© ANM

THÉRAPEUTIQUE

Le Pambotano, succédané de la Quinine, à l'Académie de Médecine.

La prééminence de la quinine, comme médicament fébrifuge, antipériodique par excellence, ne saurait être contestée; la preuve irrécusable de cette vérité d'observation est faite depuis longtemps.

Mais, quelle que soit la supériorité reconnue du principe de la merveilleuse écorce du Pérou, il faut bien se résigner à reconnaître aussi qu'elle n'est pas infaillible, et que, dans des cas qui sont loin d'être rares, et dans certaines conditions dépendant soit du milieu morbide, soit de la forme et de la variété de la maladie, soit enfin de l'individualité même du malade, la quinine demeure impuissante, et peut laisser le praticien désarmé.

L'on comprend, dès lors, combien il serait utile, nécessaire même, d'avoir à sa disposition une substance jouissant non seulement des propriétés fondamentales de la quinine, et susceptible, en conséquence, de répondre aux mêmes indications, mais, de plus, capable de lui être substituée avec avantage dans les cas où elle est impuissante. Or, cette substance, ce précieux succédané, semble être trouvé et résider dans le *Pambotano*.

Dans la séance de l'Académie de médecine du 18 février 1890, M. le Dr Dujardin-Beaumetz, dans un intéressant rapport, a entretenu ses collègues d'un travail du docteur Valude sur le traitement des fièvres intermittentes et paludéennes par le Pambotano.

L'arbrisseau de ce nom serait, d'après le professeur Baillon, le *Calliandra Houstoni*; l'étude chimique de la racine faite par M. le Dr Villejean, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, a permis d'y constater quelques matières grasses et huiles essentielles, une résine soluble dans l'alcool, une forte proportion d'un tannin particulier rappelant celui du ratanhia, ainsi qu'une matière réductive incristallisable, sans aucun alcaloïde; depuis, M. Chapoteaut a constaté la présence d'un autre tannin, le premier précipitant en vert par les sels de fer, et le deuxième en bleu.

La décoction aqueuse de la racine de Pambotano a été employée avec succès contre les fièvres intermittentes et celles d'origine paludéenne, qui avaient précisément résisté à l'action du sulfate de quinine.

M. Villejean ayant constaté que l'alcool à 60° se chargeait de tous les principes de la racine de Pambotano, c'est sous forme d'élixir qu'il peut être actuellement prescrit et administré avec le plus d'avantage (1).

Dans son rapport, M. Dujardin-Beaumetz ajoute que, jusqu'à ce jour, le quinquina et la quinine restent, comme nous le disions plus haut, le médicament le plus sûr contre la périodicité morbide; mais il fait aussi remarquer, avec juste raison, qu'un médicament aussi actif pour faire disparaître par l'administration d'une seule dose les accidents paludéens de la plus haute gravité, doit certainement renfermer un principe spécial des plus actifs.

L'éminent rapporteur conclut en appelant l'attention du monde savant sur cette nouvelle drogue végétale, et en souhaitant qu'un grand nombre d'observations viennent confirmer celles du docteur Valude, lequel, on le sait, a réuni dans le Mémoire présenté à l'Académie de médecine quinze observations personnelles, dans lesquelles la guérison a toujours été décisive après une seule dose de Pambotano.

Le vœu formulé par M. le Dr Dujardin-Beaumetz a été entendu; nous commençons aujourd'hui la publication d'une série d'observations qui fixeront, nous en avons l'espoir, l'opinion du monde médical sur la réelle efficacité du nouveau médicament.

1° « Je désirais employer le flacon de *Pambotano* que vous m'avez envoyé pour un cas de fièvre intermittente, datant de plusieurs mois, chez un laboureur âgé de 52 ans, qui avait été inutilement et à diverses reprises traitée par la quinine et par l'arsenic. Je ne vous cachais pas que j'étais fort peu disposé à croire aux vertus quasi-miraculeuses de certains médicaments, aussi suis-je heureux de vous annoncer la complète réussite de votre remède; un flacon a suffi, et deux jours après le malade reprenait son service dans une grande ferme qu'il avait dû quitter depuis le mois de novembre précédent.

« Voilà deux mois de cela, et non seulement la fièvre n'est pas reparue, mais cet homme a pris de l'embonpoint et recouvre complètement ses forces.

« Voilà un remède qui peut rendre de signalés services à ceux de nos soldats qui contractent de mauvaises fièvres dans les colonies et qui en reviennent en si piteux état.

« En faisant connaître cet étonnant remède vous rendez un grand service.

« Docteur Frouin. »

2° L'observation suivante nous a été communiquée par un médecin de Versailles; le sujet est un soldat retour du Tonkin.

« B..., soldat à la légion étrangère, quitte le Tonkin le 11 janvier 1890, après 30 mois de séjour dans cette colonie. C'est en août 1889, à An-Cho (1), qu'il a éprouvé le premier accès de fièvre paludéenne.

« En septembre 1889, il a été évacué sur Phu-Lang-Ton pour être rapatrié; de cette date jusqu'au 11 janvier, il a quinze accès qui ont nécessité son séjour à l'hôpital. Pendant la traversée en mer, du 11 janvier au 25 février, deux accès. Il entre à l'hôpital militaire d'Alger, puis va à Sidi-bel-Abbès; du 25 février à fin avril, il a trois accès.

« Il rentre dans sa famille à Versailles; là, du 30 avril au 18 mai, il éprouve deux accès, l'un bénin, le 4 mai, ne durant que quelques heures, l'autre, qui commence le 14 mai, dure deux jours, tombe le 16 au matin, reprend le soir du même jour et se termine le 17.

« B... a perdu l'appétit, son teint est jaunâtre; il est sans force et incapable de travailler; il va demander sa réadmission à l'hôpital militaire. Le 26 mai, il prend une décoction de 70 grammes de racine de *Pambotano* en quatre doses, espacées de quatre heures en quatre heures, en ayant soin de les absorber une heure avant les repas ou trois heures après. Le 31 mai, l'appétit fait du progrès, la teinte bistrée du visage disparaît et est remplacée par le rose naturel; le malade éprouve une grande sensation de bien-être, sent le retour graduel de ses forces et peut travailler une partie de la journée, alors que tout effort lui était précédemment interdit. »

3° De son côté, M. le Dr Poirson, après avoir fait l'essai du *Pambotano*, dans des conditions analogues aux précédentes, n'hésite pas à faire la déclaration suivante qui, sous sa forme un peu optimiste, témoigne des très remarquables propriétés du nouveau fébrifuge : « Plus je l'étu-« die, au point de vue thérapeutique, moins je puis com-« prendre, encore bien moins accepter le jugement de « M. Dujardin-Beaumetz, car l'expérience que j'en ai « acquise m'autorise à le regarder comme plus précieux « que le sulfate de quinine. »

Nous publierons successivement de nouvelles observations qui nous sont promises par des médecins ayant des sujets en expériences.

(1) M. Midy, dépositaire du Pambotano, le met à la disposition du corps médical, en flacons de 90 grammes, représentant 70 gr. de racine.

(1) Poste dans les marais.

Jardin d'Acclimatation. — L'administration du Jardin Zoologique d'Acclimatation vient de combler une lacune dans le service de ses manèges. A l'avenir les personnes qui fréquentent son école d'équitation pourront louer au mois, à des prix modérés, les chevaux qu'elles ont l'habitude de monter au Bois de Boulogne. C'est pour le temps des vacances, une heureuse innovation, car seul, le Jardin d'Acclimatation possède une cavalerie lui permettant de mettre à la disposition du public des chevaux de toutes les tailles, d'une sagesse éprouvée, d'un dressage parfait et prêts à faire un excellent service.

© ANM

CHAMBRE DES DÉPUTÉS

Laïcisation des hôpitaux de Paris. — Interpellation de M. le Dr Armand Després.

L'incident suivant s'est produit lundi, 21 juillet, à la Chambre des Députés.

M. Fernand Rabier. — Messieurs, sous le numéro 3 du feuilleton d'aujourd'hui figurait la discussion de l'interpellation de M. Armand Després sur la situation faite aux malades des hôpitaux de Paris par le renvoi des sœurs hospitalières. Je viens d'entendre la lecture du projet d'ordre du jour et je n'y vois plus figurer cette interpellation.

M. Armand Després et plusieurs de ses collègues. — Mais si ! elle est inscrite à la fin de l'ordre du jour.

M. Fernand Rabier. — Je demande à la Chambre de maintenir l'ordre du jour tel qu'il a été fixé et, par conséquent, de maintenir en tête la discussion de cette interpellation (*Très bien! très bien! à gauche*). Si notre honorable collègue, M. Després, qui a déjà fait ajourner depuis plusieurs séances cette discussion, regrette d'avoir déposé sa demande d'interpellation, qu'il la retire purement et simplement. S'il ne la retire pas, je demande qu'on la discute dès demain (*Très bien! très bien! à gauche*). Autrement, cette interpellation sera discutée à la rentrée de la Chambre : à ce moment, nous aurons à nous occuper du budget et il vaut beaucoup mieux se débarrasser immédiatement de cette question. Je demande donc à la Chambre de la fixer au jour le plus prochain et en tête de l'ordre du jour (*Très bien! très bien! à gauche*).

M. Armand Després. — Messieurs, je suis aux ordres de la Chambre, mais je la prie de considérer que quarante de nos collègues sont partis à Londres, au Congrès parlementaire international.... (*Exclamations à gauche*); puis un bon nombre de nos collègues sont également partis en vacances et j'estime qu'ils peuvent attacher à cette interpellation autant de prix que moi-même. D'ailleurs, vous paraissez oublier que le jour de l'interpellation doit être convenu entre le ministre interpellé et l'interpellateur. Or, nous n'avons rien arrêté avec M. le Ministre de l'intérieur. Je ne demande pas mieux que de fixer un jour.... *A droite* : Le ministre est absent.

M. Armand Després. — J'étais prêt à discuter mon interpellation le 17 de ce mois. A cette date, M. le Ministre a demandé la remise à quinzaine. Je suis monté à la tribune et j'ai dit : « D'accord avec le ministre de l'intérieur, je demande le renvoi à la semaine prochaine. » Voilà la situation. Vous ne pouvez pas fixer l'interpellation à demain en l'absence du ministre de l'intérieur. *Sur divers bancs* : A un mois !

M. Armand Després. — J'avoue que jusqu'à présent je n'ai pas vu la discussion d'une interpellation introduite d'une telle façon dans l'ordre du jour. Elle est à l'ordre du jour, cela est vrai, mais il faut encore que le ministre de l'intérieur choisisse son jour ou qu'il demande à la Chambre de fixer un jour. D'ailleurs, je suis un peu souffrant, et j'avoue qu'il me serait pénible de discuter en ce moment.

M. Montaut. — Votre dossier est-il prêt ?

M. Armand Després. — M. Montaut, je n'ai pas besoin de préparation pour défendre une question que je défends depuis dix ans. Je pourrais la discuter sur l'heure.

Voix diverses. — Alors, tout de suite. Parlez!

M. Armand Després. — L'heure est beaucoup trop avancée (*Rires sur quelques bancs*). Je pense que la Chambre voudra bien me faire crédit. D'ailleurs, M. le Ministre était d'avis de retarder encore cette interpellation. Je demande donc à la Chambre de vouloir bien me permettre de me concerter avec M. le Ministre de l'intérieur.

M. Fernand Rabier. — M. Després objecte qu'il a besoin de s'entendre avec M. le Ministre de l'intérieur. L'ordre du jour nous appartient. La discussion figurait d'ailleurs sous le n° 3 du feuilleton. Par conséquent, M. le Ministre de l'intérieur sait parfaitement que l'interpellation doit venir demain, et, puisqu'il n'a pas demandé le renvoi, il sera certainement présent pour la discussion.

Un membre a gauche. — L'*Agence Havas* annonce le retour du ministre de l'intérieur pour demain.

M. Fernand Rabier. — Oui, il revient exprès. (*On rit*).

M. Camille Fouquet. — Il a manqué d'à-propos. Il aurait bien dû venir pour défendre l'élection de Lodève.

M. Fernand Rabier. — Il ne s'est produit aucune demande de renvoi ; par conséquent, le ministre s'attend à la discussion de l'interpellation pour demain. Donc, à tous les points de vue, la Chambre ne peut ajourner (*Très bien ! à gauche*).

M. Armand Després. — Je demande que la Chambre fixe demain, en présence du ministre de l'intérieur, la date de l'interpellation.

M. Chautemps. — Elle est déjà ajournée depuis un mois; nous constatons que vous vous dérobez.

M. Armand Després. — Le jour n'a pas été fixé de concert avec M. le Ministre de l'intérieur.

M. le Président. — Deux propositions sont en présence : l'une, de M. Rabier, tendant à ce que l'interpellation de M. Després conserve son rang à l'ordre du jour ; l'autre, de M. Després, demandant à la Chambre de ne fixer que demain, en présence du ministre de l'intérieur, le jour de la fixation de l'interpellation. Je mets d'abord aux voix cette seconde proposition qui est la plus dilatoire.

M. Chautemps. — Alors c'est l'ajournement indéfini.

M. le Président. — Je mets aux voix cette proposition. (La proposition mise aux voix n'est pas adoptée).

M. Armand Després. — Je demande la parole.

M. le Président. — La parole est à M. Després.

M. Armand Després. — En présence du vote que vient d'émettre la Chambre et qu'elle était parfaitement libre d'émettre, et la Chambre n'étant pas en nombre, je déclare retirer mon interpellation, sauf à la reprendre ultérieurement. (*Mouvements divers*).

M. le Président. — La Chambre est toujours en nombre pour régler son ordre du jour, mais il n'y a plus à le régler sur ce point, puisque M. Després a retiré son interpellation.

M. Armand Després. — Je l'ai retirée parce que j'ai cru comprendre qu'il y avait l'intention manifeste de me forcer à discuter demain. En vérité, Messieurs, depuis que j'ai l'honneur de faire partie de cette assemblée, la Chambre a toujours montré une certaine courtoisie pour les interpellateurs, et à en juger par la persistance de quelques-uns de mes collègues, il me paraît qu'ils veulent déroger à cette habitude à mon égard.

M. Aynard. — On manque de courtoisie envers M. Després.

M. Armand Després. — En présence de la situation qui m'est faite et que le public comprendra, je vous demande loyalement : Voulez-vous accepter la remise de mon interpellation à la rentrée ? sinon je serai obligé de la retirer. Je ne veux pas tomber dans un piège.

M. Montaut. — C'est reculer pour mieux sauter !

M. Fernand Rabier. — Et vous dites que vous êtes depuis dix ans prêt à discuter.

Voici comment le *Radical*, du 23 juillet, apprécie cet incident :

« On se rappelle que, depuis une éternité, M. Després nous suspend sur la tête une interpellation de Damoclès sur la réintégration des sœurs de charité. M. Rabier a joué hier au faux toqué du VIe arrondissement le mauvais tour de réclamer la discussion de son interpellation. Ce que voyant, M. Després l'a purement et simplement retirée. *Comédiante!* »

La tragédie de Claude Bernard. — *Malheureux sort de l'« Arthur de Bretagne. »* — On n'a pas oublié un procès que le tribunal de la Seine a jugé l'année dernière, à propos de la publication d'un drame inédit de Claude Bernard intitulé *Arthur de Bretagne*, dont M. Georges Barral possédait le manuscrit. La remise de ce manuscrit entraînait-elle, au profit du détenteur, le droit de livrer l'œuvre à la publicité ? La première chambre du tribunal de la Seine ne l'avait pas pensé et avait donné gain de cause aux héritiers de Claude Bernard, qui s'opposaient à cette publication. L'affaire a été portée en appel devant la première chambre de la cour. Mais celle-ci vient de confirmer la décision des premiers juges.

Épidémies. — Une lettre de Saint-Louis (Sénégal) nous annonce qu'une épidémie générale de fièvre dengue, autrement dit l'influenza, sévit en ce moment dans cette ville. Les cas sont sans gravité. Mais la population est presque tout entière atteinte. Les services publics sont désorganisés.

© ANM

VARIA

Le Choléra en Espagne.

Les nouvelles de l'épidémie ne sont pas satisfaisantes. Le nombre des villages contaminés augmente chaque jour. La ville de Valence paraît désormais assez sérieusement atteinte. Aussi la municipalité vient-elle d'ordonner que des lazarets seront établis aux abords de la ville.

D'après un journal de Valence, quelques cas de choléra ont été constatés dans différents villages de la province de Castellon de la Plana.

Les nouveaux villages atteints ces jours-ci, après Almiserat, sont : Albala de la Ribeira, Puebla Larga, Millarès et Benaguacil. Ces deux derniers centres se trouvent tout à fait en dehors du cercle de contamination. Millarès, qui compte 735 habitants, a présenté onze cas et cinq décès. Benaguacil, bourg de 4,900 habitants, est situé à 30 kilomètres au nord-ouest de Valence.

En somme, le nombre des cas et des décès dans la province de Valence reste le même à peu de chose près. A Valence, il y a eu dans la dernière journée deux cas et deux décès.

Les journaux de Barcelone disent que la santé publique de leur ville est absolument bonne.

Le Choléra au Comité d'hygiène et de la santé publique.

Au Comité consultatif d'hygiène publique de France, M. H. Monod, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, a rendu compte des mesures prises depuis la dernière réunion pour empêcher l'invasion du choléra et des résultats de la surveillance sanitaire.

La désinfection, soit dans les ports, soit sur les routes de terre, a été, pour les provenances d'Espagne, limitée : 1° au linge sale ; 2° aux objets salis ou rendus suspects par leurs contacts. Il a été décidé qu'une étuve à désinfection serait placée à Oran. Celle qui a été installée à Villefranche, près de Nice, est en fonctionnement. Voici quelques chiffres sur les opérations effectuées : Gare de Cerbère, du 20 juin au 14 juillet, 2.832 visites de voyageurs, 572 désinfections de bagages, 25 désinfections de marchandises en transit. Poste de Perthus, du 25 juin au 15 juillet, délivrance de 285 passeports sanitaires, 82 désinfections. Poste de Fos 636 voyageurs, 127 passeports sanitaires (les autres voyageurs étant du pays même). Poste de Bourg-Madame, 272 passeports sanitaires. Les désinfections se font à Fos et à Bourg-Madame comme à Perthus, mais le nombre n'en est pas connu. Poste de Hendaye, 2.383 visites de voyageurs ; de 40 à 50 désinfections par jour. Poste de Béhobie, 747 voyageurs ; 3 désinfections. Poste de Donchariança ; voyageurs, 27 ; désinfections, 3. Poste d'Arnéguy ; voyageurs, 16. Poste d'Urdos : voyageurs, 35. Depuis le 19 juin, 39 bâtiments venant d'Espagne sont entrés au port quarantenaire du Frioul, à Marseille. Les voyageurs (217) ont reçu des passeports sanitaires. Les objets ont été désinfectés : par l'ébouillantement et le lessivage, 39 fois ; au moyen de l'étuve, 14 fois. Au cours de la dernière semaine, deux navires ont été mis en quarantaine à Villefranche (Nice) ; 4 fumigations et 5 opérations par l'étuve ; — 12, avec 209 marins et 5 passagers, à Cette ; 9 désinfections par le sublimé et 3 par l'étuve ; quelques autres dans les ports de l'Océan où les mêmes précautions ont été prises.

En résumé, le choléra est en Espagne depuis deux mois, dans une province qui est en relations presque journalières avec nos ports de la Méditerranée. A tous les points de pénétration, on visite les personnes et l'on désinfecte les effets. Aucun cas de choléra n'est jusqu'ici signalé en France.

Dans la même séance du comité, M. le Pr Proust, inspecteur général des services sanitaires, a rendu compte de la situation à l'extérieur. Le choléra existe en ce moment sur trois points : 1. En Espagne ; 2. Sur la mer Rouge, à Camaran ; 3. En Mésopotamie. En Espagne, l'épidémie est toujours limitée à la province de Valence. A Valence même elle paraît prendre quelque extension. Le choléra a été importé à Camaran par un navire anglais, chargé de 1.150 pèlerins se rendant à la Mecque. Les pèlerins ont été débarqués à la station quarantenaire de Camaran. Il n'y a malheureusement pas dans cette station de moyens de désinfection suffisamment efficaces ; il n'y a pas d'étuve à vapeur.

Du côté de la Mésopotamie, le réveil de l'épidémie a eu lieu il y a un mois environ. Plusieurs localités dans le voisinage de Mossoul ont été prises. On signale un certain nombre de décès dans différentes villes placées sur les routes qui vont vers la Méditerranée, vers la mer Noire et vers la Perse.

Comme on le voit, le choléra existe en Espagne, en Egypte et en Mésopotamie. Nous n'avons rien à ajouter à ce qui précède concernant l'Espagne. Le choléra a été importé au lazaret de Camaran, (île de la mer Rouge) par un vapeur anglais le *Decam*, venant de Bombay. Durant la traversée, il a perdu 34 passagers, dont 7 du choléra. Il a débarqué 12 cholériques dont 2 sont morts. D'après une dépêche de 12 juillet, il y a eu 17 cholériques et 12 décès le lendemain.—En Mésopotamie, le choléra sévit à Van, Diarbékir, Mossoul, Bitlis, Djézire, et sept ou huit villages environnants. (Du 1er juin au 12 juillet, 120 cas dont 110 décès). Du 6 au 12 juillet, il y a eu 152 cas avec 84 décès à Erbil, foyer dangereux à cause de sa position d'où rayonnent des routes se dirigeant vers la Perse par le Kondistan, vers Bagdad, Mossoul, Diarbekir, Alep, vers l'Arménie et les rivages de la Mer-Noire.

Le choléra est signalé au sud-est de la province de Van, dans la montagne des Hekkian, grande tribu Kourde, près d'Amadian dans le grand bassin du Zab qui rejoint le Tibre au-dessous de Mossoul, ainsi qu'à Zacho, au sud-est de Djézire.

Les médecins envoyés dans différentes de ces localités, il y a quinze jours, n'avaient pas envoyé de rapport, lorsque M. Mahé, notre médecin sanitaire de Constantinople, a adressé sa dépêche à Paris. Nous n'avons pas à insister sur les mesures prises dans ces contrées; elles sont en quelque sorte illusoires ou à peu près nulles.

Une Faculté de médecine à Marseille.

(Montpellier contre Marseille).

L'agitation universitaire, provoquée par la menace de la création d'une Faculté de médecine à Marseille, prend à Montpellier des proportions absolument considérables. La délégation que le Conseil municipal avait envoyée à Paris pour défendre auprès du gouvernement les intérêts de Montpellier et lui rappeler les engagements réciproques pris avant et pendant les fêtes du sixième centenaire ayant essuyé un échec, le Conseil municipal a adressé au préfet sa démission, conçue dans les termes suivants :

Les soussignés, considérant qu'à la suite d'engagements pris d'un commun accord avec l'Etat pour la création d'un centre universitaire complet, la ville de Montpellier a dépensé depuis dix années plus de trois millions ; Attendu que la création d'une nouvelle Faculté de médecine à Marseille porterait un préjudice irréparable aux intérêts universitaires de la ville de Montpelllier ; Attendu que, si le gouvernement ne s'est pas encore prononcé définitivement en faveur de Marseille, il a cependant accueilli les propositions de cette ville avec assez de bienveillance pour que la ville de Montpellier se sente dès maintenant atteinte dans la sécurité que paraissaient devoir lui garantir les dépenses consenties par elle depuis quelques années, avec l'assentiment et le concours de l'Etat, pour la prospérité et l'accroissement de nos Facultés; Attendu que, laissant de côté l'intérêt particulier de la ville de Montpellier, la création d'une Faculté de médecine à Marseille ne répond à aucune nécessité d'ordre général ; qu'au point de vue, notamment, de l'enseignement supérieur, il suffit de s'en référer à l'avis unanimement défavorable de la section permanente du conseil supérieur de l'instruction publique; Attendu que, dans ces conditions, le Conseil municipal se trouve dans l'impossibilité de continuer à représenter une population qui pouvait attendre de son dévouement constant à la République une plus juste appréciation de ses droits et des sacrifices qu'elle s'est imposée. Pour ces motifs, le Conseil municipal a l'honneur et le regret d'adresser à M. le Préfet de l'Hérault sa démission collective.

Les démissions des corps élus vont suivre (sénateurs, députés, conseillers généraux, conseillers d'arrondissement, etc., etc.). Les étudiants eux-mêmes ont voté une adresse énergique. Il n'y a, à Montpellier, aucun désaccord. Tout le monde crie sus à Marseille. Plus de 40.000 signatures ont été apposées sur la pétition rédigée en signe de protestation par le comité des fêtes du 6e centenaire. — Nous apprenons à la dernière heure que les 3 conseillers d'arrondissement de Montpellier ont donné leur démission, ainsi que M. le Pr Castan, doyen de la Faculté de médecine. M. Castan a écrit au ministre une lettre

© ANM

dans laquelle il dit qu'il ne peut plus administrer une Faculté qu'on se propose d'amputer.

Installation d'étuves à vapeur sous pression.

Le Conseil municipal poursuit activement l'organisation de son service de désinfection. Le 24 juillet a eu lieu l'inauguration, par M. le Préfet de la Seine, du Service de désinfection installé au n° 6 de la rue des Récollets et contigu à l'asile de nuit du quai Valmy. Les locaux affectés à ce service ont été construits économiquement et très simplement sur les plans de M. Bouvard, et sont confiés aux soins intelligents de M. Salard directeur. M. Poubelle était accompagné de MM. Faillet, Strauss, Thuillier, conseillers municipaux; Menant, directeur des affaires municipales; Du Ménil, Monod, etc. Les étuves ont été fournies par la Maison Geneste et Herscher. MM. Bouvard et Herscher ont donné aux assistants des explications détaillées sur le fonctionnement des étuves, ainsi que sur un brûloir destiné à consumer tous les débris inutiles. Des précautions minutieuses ont été prises au point de vue de l'hygiène. Nous n'entrerons pas ici dans les détails que nous avons déjà fait connaître à nos lecteurs. Une communication a été établie entre la porte de désinfection et l'Asile de nuit, afin de désinfecter à l'occasion les objets de literie, etc., qui auraient été contaminés dans l'asile. Il paraît que les habitants du voisinage ont protesté contre la création de cet établissement. Pour faire disparaître les préjugés qui ont inspiré ces protestations et pour faire mieux comprendre au public les avantages de ces réformes hygiéniques, il y aurait intérêt à permettre libéralement la visite des établissements de ce genre. La conviction se ferait vite dans les esprits.

Dans sa séance du mardi 22 juillet, le Conseil municipal a voté, sur le rapport de M. Faillet, l'installation d'étuves à vapeur sous pression dans les huit hôpitaux suivants : Hôtel-Dieu, Charité, Necker, Laënnec, Broussais, la Clinique rue d'Assas, la Clinique Baudelocque, ainsi qu'une étuve pour les besoins de l'hôpital et du *public* à Beaujon.

Le total de la dépense pour les installations dans les hôpitaux est de 120,947 francs. Dans la même séance, le Conseil a voté 8,000 francs pour l'amélioration du Service de désinfection de la rue du Château-des-Rentiers. Enfin, il a voté 33,000 francs pour qu'il soit créé, rue de Staël, une étuve à désinfection pour le service public, comme il en existe une à la station de la rue Chaligny. B.

Association française pour l'avancement des sciences.

Congrès de Limoges (7 au 14 août 1890).

COMMUNICATIONS ANNONCÉES : *Sciences physiques et chimiques.* — M. AUGÉ (E.), (Montpellier). — Un nouveau procédé de fabrication d'alun de soude et les nombreuses erreurs contenues dans les traités de chimie au sujet de cet alun. — M. CAZIOT (Avignon). — Étude sur le Mistral. — M. COMBES (A.), Docteur ès sciences, à Paris. — Sur l'acétylacétonamine et ses homologues. — Sur l'action des diamines sur les dicétones et quelques matières colorantes nouvelles. — Sur une nouvelle fonction à réaction d'acide. — M. CROVA (A.), (Montpellier). — Recherches sur la composition de la lumière diffusée par le ciel. — M. LE P. DECHEVRENS (MARC), de l'Ecole N. D. B. S., à Saint-Hélier. — La méthode de calcul trigonométrique de Bessel pour la correction et l'interpolation des observations météorologiques transformée en méthode de calcul arithmétique et mise ainsi à la portée de tous les calculateurs. — M. DENEUX, Capitaine en retraite. — La vapeur aux époques géologiques et à l'époque actuelle. — M. GUILLEMOT (CHARLES), à Paris. — Appareil de mesure précise des longueurs. — M. WILLY LEWY D'ABARTIAGUE, à Paris. — L'origine des Eléments. — M. L'ABBÉ MAZE, à Harfleur. — Sur les sécheresses périodiques. — Suppression de deux lacunes dans la courbe de pluie annuelle à Paris. — Remarque sur un essai de calcul de la moyenne de la pluie annuelle à Paris, avant 1675. — M. MARGUERITE DELACHARLONNY, Ingénieur-Constructeur, à Urcel (Aisne). — Etude d'un échantillon de sulfate d'alumine naturel de Bolivie. — Méthode de cristallisation complète des corps obtenus en cristaux non définis. — M. MOUREAUX (TH.). — Sur les anomalies dans la répartition des éléments magnétiques en France. — M. SABATIER (PAUL), (Toulouse). — Constitution des dissolutions des polysulfures alcalins. — M. SECRETAN, Ingénieur-Opticien, à Paris. — Sur un indicateur automatique de l'heure. — M. TEISSERENC DE BORT (LÉON). — Sur la théorie de la répartition des pressions barométriques à la surface du globe. — Climat du plateau central de la France. — M. VILLARD (MARIUS), à Valence (Drôme). — Météorologie régionale (travail imprimé). — M. VIOLLE, Maître de Conférences à l'Ecole Normale supérieure, à Paris. — La propagation du son. — La photométrie. — M. WADA (J.), de l'Observatoire impérial de Tokio. — L'activité sismique récente du Japon.

Sciences naturelles. — M. le Dr ADOLPHE BLOCH, ex-Médecin de l'hôpital du Havre, à Paris. — Pathogénie des affections cardiaques de croissance et de surmenage. — M. BOSTEAUX-PARIS (CH.), Maire à Cernay-les-Reims. — Découverte et fouilles du cimetière gaulois des Bouverets (territoire de Beine) (Marne). — M. CARTAILHAC (EMILE), à Toulouse. — La grotte des forges à Bruniquel. — La collection de Lastic. — M. CHAUVET (G.), Notaire à Ruffec. — Fouilles dans le tumulus de Peirefite, canton de Ruffec (Charente). — M. le Dr CHENIEUX, Professeur à l'Ecole de Médecine, à Limoges. — Présentation de deux jeunes sujets opérés, l'un de polype naso-pharyngien avec trachéotomie préalable; le deuxième, de tarsotomie avec section de l'aponévrose plantaire et du tendon d'Achille, pied bot équin, varus. — M. COTTEAU (GUSTAVE), Correspondant de l'Institut, à Paris. — Note sur la famille des Echinanthidées. — M. le Dr DALEAU (FRANÇOIS), à Bourg-sur-Gironde. — Fouilles de la caverne de Pair-non-Pair (Gironde). — M. le Dr DELTHIL, à Paris. — La diphtérie. — M. le Dr DONNEZAN (A.), à Perpignan. — Découvertes dans le pliocène de la plaine du Roussillon. — M. GORGES (J.), à Paris. — Appareils électriques pour les recherches physiologiques. — M. HENRY (CHARLES), Bibliothécaire de l'Université, à Paris. — Les erreurs de vision et l'acuité visuelle. — M. LEGRAND (PAUL), à Paris. — Note sur une série de tombeaux découverts à Andrésy, sur la ligne de Cormeille à Mantes (Seine-et-Oise). — M. le Dr H. LELOIR, Professeur à la Faculté de Médecine, à Lille. — Le Lupus erythimateux, — Certaines éruptions provenant dans le cours de la grippe. — M. LE VERRIER (U.), Ingénieur en chef des mines à Marseille. — Les terrains anciens et les roches éruptives de Corse. — M. le Dr MAYET, Professeur à la Faculté de Médecine de Lyon. — Observations sur l'action du chloral en solution et de douze sels alcalins sur les globules rouges du sang. — Des solutions à employer dans les injections thérapeutiques intraveineuses. — Note sur le plasma des solipèdes. — Observations sur l'influence des récipients sur la coagulation du sang et du plasma à des températures diverses. — M. DE MORTILLET (ADRIEN). — Faune des stations quaternaires de l'Italie. — Fouilles dans les stations humaines de Bréonio (Véronais). — M. le Dr MOURE (E.-J.), Directeur de la *Revue d'Otologie et de Rhinologie*, à Bordeaux. — Des névroses réflexes d'origine nasale. — M. OLIVIER (ERNEST), à Moulins. — *La Revue Scientifique du Bourbonnais et du Centre de la France*; son but; résultats obtenus. — M. le Dr PEYRAUD, à Libourne. — Note sur les vaccins chimiques et notamment sur le vaccin chimique et l'étiologie du tétanos. — M. le Dr REBOUL, à Marseille. — Emploi du naphtol camphré en chirurgie. Résultats fournis par cet antiseptique dans le traitement des tuberculoses locales. — M. RIVIÈRE (EMILE), à Paris. — Nouvelles recherches dans les environs de Paris. — Les grottes du Grand-Cerveau. — Faune de la Beaume de la Coquille. — M. le Dr L. ROGÉE, à Saint-Jean-d'Angély. — De l'influenza à Saint-Jean-d'Angély. — Observations de localisations anormales. — De l'emploi en chirurgie de l'acide borique en poudre. — M. le Dr J. TEISSIER, Professeur à la Faculté de Médecine, à Lyon. — Rapport général sur la dernière épidémie d'influenza. — Traitement de la fièvre typhoïde par le naphtol. — M. VARAT (CH.), à Paris. — Une séance d'anthropométrie chez les Samoyèdes. — M. le Dr E. VERRIER (Paris). — De la transfusion du sang en gynécologie. — Des origines de l'agriculture chez les populations nomades. — M. le Dr H. VIALLANES, à Paris. — Le développement embryonnaire des insectes. — La structure du système nerveux central des crustacés décapodes.

Sciences économiques. — M. ANDOUARD, Professeur à l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de Nantes. — Influence des engrais sur la valeur alimentaire de quelques plantes de grande culture. — M. CACHEUX (E.), Ingénieur, à Paris. — Les habitations ouvrières exposées en 1889 et la solution de la question des petits logements par les maisons à étages dans les villes. — M. CARTAILHAC. — 1° La géographie à la Bibliothèque de Toulouse, les manuscrits de M. de Froidour; 2° La photographie en voyage : observations et expériences d'un amateur. — M. CURIE (J.), Lieutenant-colonel du génie en retraite, à Versailles. — L'impôt sur le revenu, moyen de le réaliser indirectement. — M. FOUREAU (F.), Explorateur, à Bussière-Poitevine (Haute-Vienne). — Mission saharienne. — M. GRAD (CH.), Député de l'Alsace au Reichstag, à Logelbach. — L'assistance publique en Allemagne. — M. LADUREAU (ALBERT), Directeur du Laboratoire central, agricole et commercial, à Paris. — Culture de la pomme de terre industrielle. — Les phosphates d'Algérie. — M. LALIMAN, Viticulteur, à Bordeaux-La-Bastide. — Etude sur l'histoire du phylloxera et les vignes américaines. — M. MARGUERITE DELACHARLONNY, Ingé-

© ANM

nieur à Urcel (Aisne). — Essai de classification des diverses chloroses et leurs remèdes. — Effets du sulfate de fer sur les récoltes et les maladies des plantes. — M. le Dr C. RAYMONDAUD, Directeur de l'Ecole de Médecine, à Limoges. — Hygiène et maladies des porcelainiers. — Influence de l'industrie porcelainière sur le milieu où elle s'exerce. — M. RECLUS. — Expériences de culture dans le département de la Haute-Vienne. — L'organisation du *herd-book* dans la race bovine limousine. — L'établissement départemental de pisciculture dans la Haute-Vienne.

Association française pour l'avancement des Sciences.

Congrès de Limoges (7 au 14 août 1890). — *Programme.*

Suivant le vote de l'Assemblée générale d'Oran, l'Association française tient à Limoges, en 1890, sa dix-neuvième session, sous la présidence de M. CORNU, membre de l'Institut et du Bureau des Longitudes, professeur à l'École polytechnique, ingénieur en chef des Mines. Les services généraux pendant la durée du Congrès : Secrétariat, salle de correspondance, salles de sections, seront réunis au lycée.

Les travaux du Congrès seront distribués conformément au programme suivant : *Jeudi 7 août*: 3 heures. Séance d'ouverture. Le soir. Réception à l'hôtel de ville. — *Vendredi 8 août* : Le matin. Séances de Sections. Après midi. Visites industrielles. Excursion à Solignac et Chalusset. Le soir. Conférence publique. — *Samedi 9 août* : Le matin. Séances de Sections. Après midi. Visites industrielles. Excursion au château de Bort (agronomie). — *Dimanche 10 août* : Excursion générale à Rochechouart. Saint-Junien. — *Lundi 11 août* : Le matin. Séances de Sections. Après midi. Inauguration de la statue de Gay-Lussac. Fête au Champ de Juillet. — *Mardi 12 août* : Excursion générale à Guéret, Aubusson. — *Mercredi 13 août* : Le matin. Séances de Sections. Après midi. Visites industrielles. Excursion à Saint-Yrieix (carrières de kaolin) Le soir. Conférence publique. — *Jeudi 14 août* : Le matin. Séances de Sections. Après midi. Séance générale de clôture. — *Vendredi 15 août* et jours suivants. Excursion finale.

Excursions générales. — Excursion du dimanche 10 août : Rochechouart (visite de la ville, de l'exposition d'objets préhistoriques au Château) ; Saillat (fabrique de papiers de paille, boites d'allumettes) ; Saint-Junien (visite de la ville, promenade à la Glane). — Excursion du mardi 12 août : Saint-Sulpice-Laurière ; Busseau (visite du viaduc) ; Ahun (moutier d'Ahun) ; Aubusson (manufactures de tapisseries) ; Guéret. — Excursion finale d'une durée de trois jours (vendredi, samedi et dimanche, 15, 16 et 17 août) : Brive, Lamouroux (grottes), Périgueux, Brantôme, Bourdeilles, Chancelade, Saint-Pardoux, Nontron, Angoulême, La Rochefoucauld, etc.

Conférences. — *Les desiderata de l'hygiène au point de vue ouvrier*, par le Dr Napias, inspecteur des services administratifs au Ministère de l'Intérieur, secrétaire général de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle. — *L'industrie de la porcelaine en France.* — *Sèvres, Limoges*, par M. Edouard Garnier, membre du Comité des Sociétés des Beaux-Arts.

Les travaux des sections sont préparés par les présidents nommés, conformément au règlement, au Congrès de Paris. Ces présidents sont, pour l'année 1890 :

5e Section (physique) : M. HURION, professeur à la Faculté des sciences, 65, rue Blatin, à Clermont-Ferrand. — 6e section (chimie) : M. GRIMAUX, professeur à l'École polytechnique et à l'Institut national agronomique, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, 123, boulevard Montparnasse, à Paris. — 7e section (météorologie et physique du globe) : M. TEISSERENC DE BORT, chef du service de météorologie générale, 176, rue de l'Université, à Paris. — 8e section (géologie) : M. G. COTTEAU, correspondant de l'Institut, 17, boulevard Saint-Germain, à Paris. — 9e section (botanique) : M. J. POISSON, aide-naturaliste au Muséum, 7, rue des Bernardins, à Paris. — 10e section (zoologie) : M. KUNCKEL D'HERCULAIS, aide-naturaliste au Muséum, 20, villa Said, à Paris. — 11e section (anthropologie) : M. le Dr FAUVELLE, président de la Société de médecine de l'Aisne, 11, rue de Médicis, à Paris. — 12e section (sciences médicales) : M. le Dr TEISSIER, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, 8, place Bellecour, à Lyon. — 17e section (hygiène) : M. le Dr DROUINEAU, inspecteur général des Etablissements de bienfaisance, 13, rue de Navarin, à Paris.

L'Ecole de médecine navale.

Le *Journal Officiel* a publié, cette semaine, le décret créant à Bordeaux une Ecole de médecine navale qui relève du préfet maritime de Rochefort et à laquelle sont annexées trois succursales situées à Brest, Rochefort et Toulon. Le décret est précédé d'un rapport adressé par le ministre de la marine au président de la République auquel nous empruntons le passage suivant :

« Le choix de la ville de Marseille, qui ne possède pas de Faculté de l'Etat, a semblé devoir être écarté comme contraire aux prescriptions de la loi ; en admettant même qu'une Faculté y fût ultérieurement créée, il paraissait impossible d'attendre la réalisation de cette éventualité, sous peine de compromettre le cours des études des élèves du corps de santé de la marine qui doivent, dès le 1er novembre prochain, être à même de continuer leurs travaux et de subir leurs examens. »

Le rapport de la commission qui concluait à la désignation de la ville de Bordeaux a été soumis aux délibérations du Conseil d'amirauté qui a émis à l'unanimité l'avis que cette ville, occupant une position presque centrale par rapport aux ports militaires qui sont la source la plus assurée du recrutement pour les Ecoles de médecine navale, devait être choisie comme siège de l'Ecole du service de santé de la marine.

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux.

Etat nominatif des Docteurs en médecine reçus pendant le mois de juin 1890 (année scolaire 1889-1890).

M. CONAN (4 juin 1890) : *Contribution à l'étude des corps mobiles articulaires du genou.* — M. BUISSON (18 juin 1890) : *Etude sur les hydrocèles doubles.* — M. PIERRE (18 juin 1890) : *Contribution à l'étude des ruptures traumatiques du canal de l'urèthre.* — M. LENOIR (20 juin 1890) : *Essai de parallèle entre la grippe et la dengue (contribution à l'étude de la récente épidémie d'Influenza,* 1889-1890). — M. BITOT (23 juin 1890) : *L'hystérie mâle dans le service de M. le Pr Pitres à l'hôpital Saint-André de Bordeaux.* — M. CABRELY (23 juin 1890) : *Contribution à l'étude de l'albuminurie et de la néphrite interstitielle séniles.* — M. AUDEBERT (25 juin 1890) : *De l'intervention dans l'infection puerpérale post-abortive.*

L'Hôpital cantonal de Genève.

Dans le dernier *Rapport de la Commission administrative de l'Hôpital cantonal de Genève, pour l'année* 1889, nous trouvons de curieux renseignements, notamment sur le fonctionnement de la Policlinique à l'hôpital, inaugurée le 1er janvier 1889. Des locaux nécessaires ont été mis à la disposition des professeurs de cliniques et, d'ici quelque temps, cette Policlinique sera installée dans une des deux ailes du nouveau bâtiment récemment construit. De nombreuses gratifications ont été données comme récompenses aux infirmiers et aux infirmières. Signalons également l'Ecole des teigneux, dirigée par Mme Müller-Lauron, et les leçons de découpage, de broderie et de cartonnage données aux enfants malades par les dames et les demoiselles de Genève. La Bibliothèque de l'hôpital comprend aujourd'hui 2,062 volumes. Au mois de septembre 1889, le Dr Ziegler, colonel fédéral, médecin en chef de l'armée suisse, a fait un cours d'opérations pour les médecins ayant grade de capitaine. D'autre part, quatre cours pour brancardiers, de 22 jours chacun, ont eu lieu du 8 janvier au 30 décembre.

En 1889, le nombre des journées de malades a été de 95,436 et le prix de revient de 2 fr. 79. Une des particularités signalées dans cet intéressant rapport est le nombre des étrangers qui se présentent à l'Hôpital cantonal au nom de la police. Ces derniers, lorsqu'ils sont refusés par leurs hôpitaux, sont envoyés à Genève. L'étranger, qui désire entrer à l'hôpital de Genève, s'enquiert en arrivant d'un logement et d'un permis de séjour ; le lendemain, il arrive à l'hôpital muni d'un billet d'entrée nécessaire. Aussitôt guéri, il retourne dans son pays. De 1879 à 1889, 13,159 genevois ont été admis à l'Hôpital cantonal et 18,789 étrangers. Même chose à la Maternité (695 genevoises et 2,686 étrangères au canton).

En terminant, rappelons un vœu déjà émis bien des fois par le *Progrès médical* : C'est que tous les hôpitaux de France — et nous ne faisons pas d'exception pour ceux de Paris — publient, eux aussi, chaque année, un Rapport semblable à celui dont nous venons de donner une rapide analyse.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 13 juillet 1890 au samedi 19 juillet 1890, les naissances ont été au nombre de 1230 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 465 ; illégitimes, 159, Total, 624. — *Sexe féminin :* légitimes, 444 ; illégitimes, 162, Total, 606.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 13 juillet 1890 au samedi 19 juillet 1890, les décès ont été au nombre de 906 savoir : 501 hommes et 405 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 7, F. 2, T. 9. — Variole : M. 1, F. 1, T. 2. — Rougeole : M. 33, F. 25, T. 58. — Scarlatine : M. 1, F. 0, T. 1. — Coqueluche : M. 3,

© ANM

F. 2, T. 5. — Diphthérie, Croup : M. 21, F. 15, T. 36. — Choléra : M. 00, F. 00, T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 97, F. 44, T. 151. — Autres tuberculoses : M. 13, F. 6, T. 19. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 6, T. 7. — Tumeurs malignes : M. 12, F. 27, T. 39. — Méningite simple : M. 15, F. 14, T. 29. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 25, F. 14, T. 39. — Paralysie : M. 3, F. 5, T. 8. — Ramollissement cérébral : M. 3, F. 5, T. 8. — Maladies organiques du cœur : M. 22, F. 22, T. 44. — Bronchite aiguë : M. 6, F. 8, T. 14. — Bronchite chronique : M. 14, F. 9, T. 23. — Broncho-Pneumonie : M. 10, F. 13, T. 23. — Pneumonie : M. 17, F. 18, T. 35. — Gastro-entérite, biberon. M. 36, F. 31, T. 67. — Gastro-entérite, sein : M. 10, F. 10, T. 20, — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 1, T. 2. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 4, T. 4. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 4, T. 4. — Débilité congénitale : M. 16, F. 11, T. 27. — Sénilité : M. 8, F. 18, T. 26. — Suicides : M. 21, F. 8, T. 29. — Autres morts violentes : M. 11, F. 2, T. 13. — Autres causes de mort : M. 84, F. 66, T. 150. — Causes restées inconnues : M. 10, F. 4, T. 14.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 67, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 23, illégitimes, 10. Total : 33. — *Sexe féminin :* légitimes, 24 ; illégitimes, 10. Total : 34.

École vétérinaire de Berlin. — *Fêtes en l'honneur de son anniversaire.* — Parmi les personnes qui ont assisté à la fête organisée à l'occasion de l'anniversaire de l'Ecole vétérinaire de Berlin (22 juillet dernier), on remarquait plusieurs professeurs des écoles vétérinaires de Paris, d'Alfort et de Lyon, MM. Chauveau, Nocard et Arloing et des membres des écoles vétérinaires de Toulouse, de Copenhague et de Vienne.

Hôpitaux de Paris. — *Concours pour trois places de médecin des hôpitaux.* — Ce concours vient de se terminer par la nomination de MM. Richardière, Thibierge et Galliard.

Concours pour la nomination aux places d'élèves externes en médecine et en chirurgie vacantes en 1891 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris. — L'ouverture du concours pour l'externat aura lieu le jeudi 16 octobre, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3. Les étudiants qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 8 septembre jusqu'au mardi 30 du même mois, inclusivement.

Concours pour les prix à décerner en 1890 aux élèves externes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices et la nomination aux places d'élèves internes, vacantes en 1891. — L'ouverture du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le mercredi 15 octobre, à midi précis. — Un avis ultérieur indiquera le lieu où les candidats devront se réunir pour subir la première épreuve. MM. les élèves externes en médecine et en chirurgie de 2e et de 3e année sont prévenus qu'en exécution du règlement, ils sont tous tenus de prendre part aux concours des prix, sous peine d'être rayés des cadres des élèves des hôpitaux et hospices. Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 8 septembre jusqu'au mardi 30 du même mois inclusivement.

Distinctions honorifiques. — Le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, vu le décret du 24 décembre 1855, arrête : Sont nommés ou promus : *Officiers de l'Instruction publique* : MM. Armaignac (J.-H.), docteur en médecine, bibliothécaire de la Société de géographie de Bordeaux. Astier (H.-A.), docteur en médecine, publiciste. Baudin (C.), docteur en médecine, délégué cantonal et maire de Nantua (Ain). Bouyer (J.-L.), docteur-médecin, délégué cantonal, à Angoulême. Badour (A.), médecin principal de première classe, officier de la Légion d'honneur. Dezanneau (A.-P.-J.), professeur à l'Ecole de médecine et de pharmacie d'Angers. Heydenreich (E.-A.), doyen de la Faculté de médecine de Nancy. Dr Linarès, médecin-major de 1re classe, détaché à la Cour marocaine par le Gouvernement français. Macqret (F.-H.-G.), docteur en médecine, médecin du bureau de bienfaisance du XIVe arrondissement de Paris. Millardet (P.-M.-A.), professeur à la Faculté des sciences de Bordeaux. Mollien (A.-J.-M.), professeur à l'Ecole de médecine et de pharmacie d'Amiens. Moniez (R.-L.), professeur à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lille. Morlet (L.), préparateur au Muséum d'Histoire naturelle, officier de la Légion d'honneur. Musset (Ch.-R.), professeur à la Faculté des sciences de Grenoble. Mangin (L.-A.), professeur de sciences naturelles au lycée Louis-le-Grand. Pellat (J.-S.), maître de conférences à la Faculté des sciences de Paris. Sandras (L.-C.), docteur-médecin, à Paris. Sont nommés : *Officiers d'Académie* : MM. Ayasse, docteur-médecin, à Gap (Hautes-Alpes). Argent (A. d'), docteur-médecin à Brinon-sur-Sauldre (Cher), délégué cantonal, médecin des écoles. Alexandre, docteur-médecin, adjoint au maire d'Arques (Pas-de-Calais). Anjubault (V.), chirurgien-dentiste, professeur à l'Ecole dentaire de Paris. Antony (F.-J.), médecin-major de première classe, professeur agrégé à l'Ecole de médecine et de pharmacie militaire. Andréi (J.-C.), pharmacien à Marseille. Adel (A.), préparateur de géologie à la Faculté des sciences de Caen. Alban de la Garde (J.), professeur à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Poitiers. Blache (J.-P.-J.), pharmacien, délégué cantonal, secrétaire du Comité de patronage de l'Ecole primaire supérieure du Cheylard (Ardèche). Brousse (L.-A.-A.), docteur-médecin, délégué cantonal à Saint-Estèphe (Gironde), surveillant des Enfants-Assistés. Bourdier, docteur-médecin à Arcachon, conseiller municipal, membre de la Société d'hygiène de Bordeaux. Bréda (R.-V.), médecin des écoles, de l'hospice, du bureau de bienfaisance, à Bondues (Nord), délégué cantonal. Breucq (A.-E.), docteur-médecin, inspecteur des Ecoles communales de Bayonne (Basses-Pyrénées). Bouchet (L.), officier de santé à Cruseilles (Haute-Savoie), délégué cantonal. Boudier (L.-A.), pharmacien de première classe à Melun (Seine-et-Marne), chimiste expert près le tribunal civil. Bourgeois (H.), docteur-médecin, délégué cantonal, à Eu (Seine-Inférieure). Boussi (R.), docteur-médecin, professeur à l'Union des femmes de France, à Paris. Bru (P.-M.-J.-A.), publiciste, ex-rédacteur à l'Assistance publique, conférencier à l'Association polytechnique, à Paris. Bertillon (Mme C.), docteur en médecine, médecin de la Société pour le sauvetage de l'enfance, à Paris. Bonnet (Dr N.-E.), médecin de l'Association amicale et de prévoyance des employés de la préfecture de police. Briant (Dr M.-P.-M.), médecin à l'asile de Villejuif (Seine), auteur de publications scientifiques. Blayac (Dr), médecin-inspecteur des écoles du XVIIe arrondissement de Paris. Barbézieux (G.), docteur-médecin, à Paris. Beauvisage (G.-E.-Ch.), agrégé près la Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon. Blaise (H.-J.), agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier. Braste (L.-J.), préparateur du cours de chimie organique au Collège de France. Bromer (L.-E.), chargé de cours à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Toulouse. Bruté (C.-J.-M.) professeur à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Rennes. Buisine (A.-J.-B.-A), chargé de cours à la Faculté des sciences de Lille. Colombet (J.), médecin des Enfants-Assistés, délégué cantonal à Miremont (Lot-et-Garonne). Chiron (Dr F.), chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Chambéry (Savoie), conseiller municipal. Collin (L.), médecin-major à la direction du service de santé du gouvernement militaire de Paris. Canolle, docteur-médecin, chef du service de santé à Pondichéry. (*A suivre*).

Hôpitaux de Marseille. — *Concours d'élèves en médecine et en chirurgie pour le service des hôpitaux.* — Le lundi 20 octobre 1890, à huit heures du matin, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu un concours pour 5 places d'élèves internes. Le lundi 27 octobre 1890, à trois heures du soir, un autre concours sera ouvert dans le même hopital pour 4 places d'élèves externes. Ces deux concours auront lieu devant la commission administrative assistée d'un jury médical. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'Administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu, et produire un certificat de moralité récemment délivré par le maire du lieu de leur résidence. Les candidats pour le premier concours auront, de plus, à justifier du nombre de douze inscriptions et d'un an de service actif dans un hôpital comme externes ou comme stagiaires.

Legs Giffard. — Parmi les legs qui ressortissent du grand legs Giffard, nous relevons les suivants dépendant du ministère de l'instruction publique : Une rente de 5,000 francs pour la dotation d'une chaire de chimie industrielle à Nancy, une rente de 3,500 fr. à titre de subvention à l'observatoire fondé à Juvisy par M. Flammarion ; une rente de 5,000 francs pour des recherches archéologiques et scientifiques en Afrique.

Les Étudiants de Strasbourg. — Les autorités universitaires de Strasbourg viennent de suspendre pour la durée d'un an les corps d'étudiants *Rhenania, Suevia, Palaio-Alsatia* et *Palatia*, qui s'étaient permis de mettre au ban et de déclarer déshonorés des étudiants qui osaient refuser de se battre en duel et qui, ne faisant pas partie de ces corps, ne sont pas soumis à leur juridiction.

Les médecins du Parlement. — Les membres du groupe médical parlementaire se sont réunis récemment dans un banquet. Quatorze sénateurs et trente et un députés assistaient à ces agapes présidées par M. Cornil, professeur de la Faculté. Au dessert M. le Dr David, député des Alpes-Maritimes, organisateur du banquet, a indiqué le but de [illegible]on. Le programme du groupe parlementaire médical compr[illegible]ois points essentiels qui suffiront, dit-il, à bien remplir [illegible]égislature : l'exercice de la médecine, l'assistance médica[illegible]ns les campagnes et l'organisation de l'hygiène publique. [illegible] Cornil a vivement félicité

© ANM

M. David d'avoir eu la pensée de ce banquet dont il faut attendre les meilleurs résultats. Ces réunions, dit-il, hâteront la solution de certaines questions sociales, économiques et philanthropiques, et contribueront au développement du bien-être dans notre pays. Nous montrerons ainsi le corps médical dans son véritable rôle qui est tout de dévouement et de désintéressement. M. Bourgeois, député de la Vendée, est le seul médecin siégeant à droite : « Vous connaissez, dit-il, l'entrecroisement des nerfs optiques, vous savez que pour le *chiasma* les nerfs de droite envoient des ramifications à gauche, permettez-moi donc d'adresser mes meilleures sympathies à tous nos confrères de gauche. Avant d'être députés, nous avons été médecins, nous sommes donc tous de la grande famille et je bois à son union. » Des discours ont été prononcés encore par MM. Desprès, député; Dupré, sénateur, et notamment par M. Chevandier, qui boit à l'indépendance du corps médical parlementaire et à la réussite de ses projets. En somme, excellente réunion, pleine de cordialité, qui marque la formation définitive d'un groupe parlementaire médical très uni. En se séparant, on s'est promis de se revoir prochainement. (*Le Matin.*)

Morsures des lézards. — Le célèbre biologiste anglais, sir J. Lubbock, vient de citer à la *Société Zoologique de Londres* un cas de mort par la morsure d'un lézard (*Heloderma*). Cet Heloderma, qui est originaire de l'Amérique Centrale, a tué un gardien en le mordant au pouce.

Société de Biologie. — *Prix Ernest Godard.* — (500 fr.) — Le prix Ernest Godard sera décerné à la fin de l'année 1890. Les mémoires doivent être envoyés, avant le 15 octobre 1890, au secrétaire général, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Société internationale d'assistance. — Le président de la République a reçu, la semaine dernière, le bureau de la Société internationale d'assistance, composé de MM. Théophile Roussel, président, Monod, directeur de l'Assistance publique, vice-président, Thulié, secrétaire général, et Gaufrès, trésorier. En présentant les membres du bureau, M. Th. Roussel a rappelé que deux événements importants pour l'avenir des questions d'assistance s'étaient accomplis depuis peu et pouvaient faire espérer la fin de l'état d'infériorité dans lequel se trouve encore à l'heure actuelle l'organisation de l'assistance en France. C'est tout d'abord l'unification des services, et, en second lieu, la réunion d'un congrès, où ont siégé toutes les sommités européennes en cette matière. Ce congrès, qui a décidé de faire de Paris un centre permanent pour ces questions, a nommé un comité permanent international, dont l'un des premiers actes a été la création de la société présentée aujourd'hui au président. M. Carnot a répondu en constatant qu'à son avis aussi il y avait de grandes réformes à accomplir dans les matières d'assistance, qu'il y aiderait de toutes ses forces et qu'il les considérait comme un des problèmes les plus dignes de l'attention du gouvernement républicain.

Une Université a Nantes. — Nous croyons savoir qu'en ce moment on se remue beaucoup à Nantes pour demander la création d'une Université dans cette ville. Il est bien certain que si l'on doit créer dans l'ouest une Université, Nantes est la ville où elle serait le mieux placée. Poitiers, Rennes, Angers, etc., ne peuvent lutter avec elle. Il est vrai qu'à Nantes tout serait à créer. C'est au Conseil municipal de cette ville et au Conseil général de ce département à faire dès aujourd'hui le nécessaire, s'ils tiennent à convertir le ministère. Etant donné ce que l'on sait déjà, il n'est pas probable qu'ils obtiennent un résultat quelconque.

Université de Toulouse. — Récemment a eu lieu à Toulouse une réunion des professeurs de l'enseignement supérieur. Il y avait 72 personnes présentes. M. Duménil présidait. On a donné lecture d'un vœu adressé au ministère de l'Instruction publique. Ce vœu demande que Toulouse soit désignée comme le siège d'une Université régionale. Il a été adopté, on le pense bien, à l'unanimité. A qui le tour ?

Nécrologie. — M. le Dr A. Raoult-Deslongchamps, médecin principal de 1re classe de l'armée en retraite, ancien médecin en chef de l'état-major de la place de Paris, ancien médecin en chef du 12e corps d'armée, commandeur de la Légion d'honneur. Les obsèques ont eu lieu à Cambrai au milieu d'une très nombreuse assistance ; les honneurs militaires ont été rendus. Le Dr Apté, médecin en chef de l'hôpital militaire de Cambrai, et le général de Conchy, commandant de la place, ont retracé dans deux discours les mérites du défunt, qui s'était distingué en Crimée et lors du terrible choléra de Biskra de 1867. — M. le Dr Berthiaud (de Villenauxe-la-Grande). — M. le Dr Labosse (de Vitry). — M. le Dr Chancerel, professeur d'hygiène à l'Ecole de médecine de Caen. — M. le Dr Degueureau (de Paris). — M. le Dr Dele, décédé à Anvers le 27 avril 1890, à l'âge de 65 ans. — M. le Dr Lucien Penard (de Versailles), membre correspondant de l'Académie de médecine depuis 1881. M. le Dr Pénard est l'auteur de nombreux ouvrages d'érudition, parmi lesquels plusieurs travaux de médecine légale et d'accouchement qui sont fort connus et estimés. Nous citerons surtout son *Guide pratique de l'accoucheur et de la sage-femme*, qui a eu plusieurs éditions. M. Pénard était chirurgien principal de la marine en retraite, ancien professeur d'accouchements à l'Ecole de médecine de Rochefort, officier de la Légion d'honneur, etc. — M. le Dr Baudisson (de Quinson). — M. le Dr Cugnet (de Jonchery-sur-Vesle). — M. le Dr Arnold, professeur d'anatomie à Heidelberg. — M. le Dr de Saint-Moulin, agrégé d'obstétrique à la Faculté de médecine de Bruxelles.

Phthisie, Bronchites chroniques. —Emulsion Marchais.

Phthisie. Vin de Bayard à la peptone phosphatée, le plus puissant reconstituant de la thérapeutique. Une à deux cuillerées par repas.

Peptonate de fer Robin. — 10 à 20 gouttes par repas. (Chloro-Anémie).

Précieuse. Source de VALS, très efficace contre les affections du Foie et de la Vessie. (Calculs, Gravelle, Diabète, Goutte, etc.) *Prescrite par les Médecins des Hôpitaux de Paris.*

Albuminate de fer soluble (Liqueur de Laprade) le plus assimilable des ferrugineux (Pr Gubler). Une cuillerée à chaque repas. Chlorose et troubles de la menstruation, c'est le fer gynécologique par excellence.

Dyspepsie. — Vin de Chassaing. —*Pepsine.* — *Diastase.*

ANÉMIE LA BOURBOULE Enfants débiles, voies respiratoires MALADIES DE LA PEAU, RHUMATISMES DIABÈTE

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Lourcine-Pascal (111, rue de Lourcine.) — *Conférences cliniques de Gynécologie.* — M. le Dr S. Pozzi : le lundi, à 9 h. 1/2 du matin. Opérations le mercredi.

Hôpital Saint-Louis. — *Maladies contagieuses du cuir chevelu.* — M. le Dr Quinquaud : le mardi, à 10 heures. — *Clinique dermatologique et syphiligraphique.* — M. Hallopeau, le samedi, à 10 heures.

Hôpital Cochin. — M. le Dr Dujardin-Beaumetz, clinique thérapeutique, le mercredi, à 9 h. 1/2. Le lundi, conférence de thérapeutique et de bactériologie, par MM. les Drs Bardet et Dubief, chefs de laboratoire. Le vendredi, conférence clinique par MM. de Grandmaison et Mallet, internes du service.

Hospice de la Salpêtrière. — *Leçons de Clinique chirurgicale.* — M. le Dr Terrillon : mercredi, à 10 heures. Visite des malades à 9 heures du matin. Opérations le mardi et le samedi. — M. le Dr Auguste Voisin. Conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, le dimanche, à 10 heures.

Hôpital du Midi. — *Clinique syphiligraphique.* — M. le Dr Charles Mauriac, le samedi, à 9 h. 1/2 du matin.

Hospice de Bicêtre. — Visite de la section des enfants idiots et épileptiques (service de M. le Dr Bourneville), le samedi, à 9 heures.

AVIS A MM. LES AUTEURS ET ÉDITEURS

Le PROGRES MÉDICAL rappelle à MM. les Auteurs et Editeurs que les ouvrages dont il sera reçu deux exemplaires seront annoncés au Bulletin Bibliographique et analysés, s'il y a lieu ; ceux dont il ne sera reçu qu'un exemplaire seront simplement annoncés.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

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

Vallin. — Etude comparative des différents traitements du prolapsus utérin. Brochure in-8 de 94 pages, avec 7 figures dans le texte et 8 planches hors texte.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

PARIS. — IMP V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

© ANM

18e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XII. N° 31. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 2 AOUT 1890.

Le Progrès Médical

CLINIQUE NERVEUSE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. **J.-M. CHARCOT.**

Sur un cas de migraine ophtalmoplégique ; (*Paralysie oculo-motrice périodique*) (1).

Messieurs,

A propos d'une malade qui s'est présentée à l'une de nos policliniques du mardi et que je vous ai signalée à l'époque, je vais entrer dans quelques détails relativement à un syndrôme peu connu encore, mais au sujet duquel les faits depuis quelque temps tendent à se multiplier; on peut prévoir par là, dès à présent, que sous peu ce syndrôme s'installera définitivement dans la clinique neuropathologique.

Vous aurez bientôt l'occasion d'étudier sur nature les principaux caractères de l'affection dont je parle, chez la malade en question. Bien qu'elle se présente là sous une forme relativement un peu anormale, le cas, vous le reconnaitrez aisément, ne s'écarte pas foncièrement cependant du type fondamental.

Je désignerai, si vous voulez bien, le syndrôme dont il s'agit sous le nom de *migraine ophtalmoplégique*. C'est que dans cette migraine-là il y a accompagnement nécessaire d'une paralysie d'un des nerfs moteurs oculaires communs; et, remarquez-le bien, car c'est là un trait saillant, caractéristique, la paralysie porte non seulement sur les branches qui se rendent aux muscles extérieurs: droit interne, droit supérieur, droit inférieur, petit oblique, releveur de la paupière; mais encore sur les rameaux intérieurs, sur ceux, en d'autres termes, qui se distribuent aux muscles ciliaires et à l'iris. C'est donc une *ophtalmoplégie totale* qui s'observe ici et, à ce propos, je vous rappellerai que la dénomination d'*ophtalmoplégie externe* est réservée aux cas où les muscles extérieurs de l'œil, seuls, sont paralysés, tandis qu'on appelle avec Hutchinson du nom d'ophtalmoplégie interne celle où, au contraire, la paralysie porte exclusivement sur les muscles ciliaires et iriens.

En Allemagne, où les premières descriptions du complexus morbide ont été faites, on le désigne sous le nom de *paralysie oculo-motrice récidivante* (Manz, Mauthner) ou de *paralysie oculo-motrice périodique* (Joachim, Senator). A ces dénominations je préfère celle de *migraine ophtalmoplégique*, d'abord parce que, si je ne me trompe, elle fait mieux image, signalant les analogies incontestables qui existent entre l'affection qui nous occupe et les migraines classiques; ensuite parce qu'elle relève un élément qui ne figure pas dans les autres dénominations, à savoir l'élément douleur, lequel joue, dans l'espèce, un rôle considérable, car, en somme, dans cette sorte de migraine, la paralysie de l'oculo-moteur n'apparait jamais, autant qu'on sache, qu'à la suite d'une période douloureuse le plus souvent accompagnée de vomissements.

(1) Leçon faite le vendredi 16 mai 1890, recueillie par M. le Dr Guinon, chef de clinique, et revue par le professeur.

Avant d'entrer dans les détails de la description, je vais en quelques mots indiquer l'historique du sujet et signaler les principales sources où vous pourriez puiser si vous vouliez approfondir une question qui est et restera encore pendant longtemps peut-être à l'étude.

C'est tout récemment, en 1884, que P.-J. Möbius a appelé pour la première fois, en Allemagne, l'attention sur ce complexus morbide, à propos d'une observation à lui propre dont il a rapproché un cas publié par Hasner, en 1883 (dans le *Prager. med. Woch.*, n° 10, 7 mars) et un autre publié en 1882 (*Lancet*, t. II, n° 9, 1882, p. 345) par M. Saundby. Puis sont venues les observations de Thomsen, de Manz, une nouvelle observation de Saundby, une de Remak, une de Joachim, une de Bernhardt et plusieurs autres.

Vous lirez avec intérêt les articles d'histoire et de critique rédigés par Möbius, Mauthner (*Die Lehre von den Augenmuskellähmungen*, Wiesbaden, 1889, p. 347), Joachim et enfin Senator. Le travail de ce dernier auteur, publié dans les *Archives de Leyden* (1888), est particulièrement intéressant et instructif.

Nous ne devons pas oublier que déjà, en 1885, dans les *Archives de Neurologie*, à propos d'une observation recueillie dans mon service, M. Parinaud et M. Marie, alors mon chef de clinique, avaient décrit *la névralgie oculaire à retour périodique* — notre migraine ophtalmoplégique — et reproduit les sept observations publiées antérieurement à la publication de leur travail par les divers auteurs, en les faisant suivre de remarques importantes.

Actuellement, à l'heure qu'il est, le nombre des observations du groupe est de 19 environ; la nôtre d'aujourd'hui sera le 20e. C'est peu, sans doute; mais on ne saurait méconnaitre que, malgré des variations individuelles assez étendues, ces cas forment un groupe pathologique vraiment cohérent et qui mérite bien d'être considéré comme se rapportant à un type clinique.

* * *

J'en viens maintenant à la description qui nous permettra tout à l'heure de mettre en valeur notre propre observation; mais, dès l'origine, je voudrais essayer de justifier, mieux encore que je ne l'ai fait plus haut, cette dénomination de migraine ophtalmoplégique que j'ai choisie de préférence à toute autre. Vous savez du reste ce qu'on entend par migraine: migraine, hémicranie, c'est une douleur de tête non toujours, tant s'en faut, unilatérale, contrairement à ce que le terme semble exprimer; douleur revenant par accès et compliquée le plus souvent de troubles des fonctions gastriques. Quelques auteurs ajoutent à la caractéristique que la maladie n'offre aucun danger. Il est vrai qu'il en est ainsi dans la grande majorité des cas; mais il ne faut pas, cependant, vous le reconnaitrez tout à l'heure, accepter sans réserves cette prédiction optimiste.

La migraine ne parait pas constituer une entité, une unité; elle comprend des formes, deux au moins, tellement différentes par leurs allures, qu'on peut se demander si elles ne doivent pas être séparées radicalement à titre d'expèces distinctes. Ainsi, pour ne parler

© ANM

que des grandes divisions, à côté de la migraine classique que les auteurs anglais, Liveing en particulier, appellent *Sick head ache*, *Bilions head ache*, pour bien marquer la participation des fonctions gastriques, il y a lieu de décrire séparément le *Blind head ache*, dans lequel il y a également, dans la majorité des cas, nausées, malaises, vomissements, mais où surtout — c'est là le trait particulier — il se présente un trouble spécial de la vision, à savoir : *scotome scintillant* d'abord, puis *modification hémiopique du champ visuel*.

Notons en passant que ces troubles oculaires s'accompagnent, dans bien des circonstances, d'une parésie fugace d'un des membres supérieurs, avec sensation d'engourdissement remontant de l'extrémité du membre vers un côté des lèvres et de la langue, en même temps que se produit un trouble aphasique temporaire qui cause presque toujours aux malades les plus vives inquiétudes alors même qu'ils sont depuis lontemps devenus coutumiers du fait.

A propos de cette forme de la migraine, je rappellerai que le pronostic prétendu constamment favorable des accidents migraineux ne trouve pas ici sa justification; car il peut arriver, ainsi que je l'ai depuis longtemps relevé, que quelques-uns de ces accidents, hémiopie, aphasie, parésie, crises épileptoïdes, etc., transitoires il est vrai dans la règle, se prolongent cependant et s'établissent même quelquefois définitivement en permanence. Vous verrez le parti que nous chercherons à tirer tout à l'heure de la connaissance de ces faits.

Il est clair qu'il n'existe pas de lésions organiques permanentes dans les migraines, du moins à l'origine. Ainsi dans la migraine ophtalmique, pour ne parler que de celle-là, il y a lieu de penser qu'une ischémie corticale par spasme vasculaire, suivie d'hyperémie, localisée surtout dans les régions pariétales, est la cause physiologique de la plupart des accidents. Mais il y a lieu de penser aussi que ces lésions purement dynamiques, fonctionnelles comme on dit, peuvent, par la répétition fréquente des actes, devenir l'occasion de la manifestation de lésions organiques. C'est ainsi que les artérioles mises en cause devront, à la suite de ces spasmes prolongés et fréquents qu'elles subissent dans les accès de migraine, devenir le siège des altérations de l'endartérite et donner lieu, par suite, à un vice de canalisation plus ou moins prononcé. En conséquence la vitalité des éléments nerveux que ces artérioles nourrissent pourra se montrer plus ou moins sérieusement et parfois définitivement compromise. L'hypothèse est d'ailleurs justifiée par une observation de M. Galezowski montrant qu'une thrombose de l'artère centrale de la rétine a pu se produire à la suite d'accès répétés de migraine ophtalmique.

* * *

Mais je reviens après cette digression aux cas que nous devons considérer particulièrement. Il conviendrait donc, d'après ce que je vous ai dit, de reconnaître désormais l'existence d'une nouvelle espèce de migraine ophtalmique dans laquelle, en l'absence de scotome scintillant, d'hémiopie, de parésie avec engourdissement d'un membre supérieur, etc., les symptômes oculaires seraient représentés par une paralysie du moteur oculaire commun. Chose remarquable, c'est toujours en pareil cas, ainsi que j'ai dit déjà, d'une paralysie *totale* de l'oculo-moteur qu'il s'agit et, en outre, cette paralysie est en quelque sorte *exclusive;* elle n'intéresse pas, en effet, les autres nerfs moteurs de l'œil.

Les effets symptomatiques de ce genre de paral sont naturellement ceux que vous avez prévus : st bisme en dehors, chute de la paupière, impuissan motrice dans le domaine de la 3e paire, diplopie spe ciale à ce genre de paralysie; de plus tous les caractère de l'ophtalmoplégie interne, à savoir : paralysie de l'accommodation : le malade ne peut plus lire à la distance ordinaire, un verre fortement convexe peut seul ramener la vision; paralysie de l'iris manifeste non seulement dans les mouvements de convergence des yeux, mais encore sous l'action de la lumière. Nous trouvons là, remarquez-le en passant, les caractères qui distinguent les paralysies périphériques ou basilaires de l'oculo-moteur commun, des paralysies dites nucléaires du même nerf.

Un autre trait encore presque spécifique et fort singulier incontestablement, c'est que la paralysie oculomotrice n'occupe jamais qu'un seul œil; elle ne se répand pas d'un œil à l'autre et, chose remarquable, c'est, dans un cas donné de migraine ophtalmoplégique, toujours le même œil qui sera frappé dans les accès subséquents; tantôt c'est l'œil droit, tantôt c'est l'œil gauche qui deviendront le siège des phénomènes paralytiques, mais, je le répète, dès le premier accès, on pourra prévoir si la migraine et la paralysie, dans l'évolution de la maladie, se localiseront à l'avenir du côté droit ou, au contraire, du côté gauche.

L'œil dans les accès se montre un peu congestionné en général; l'examen ophtalmoscopique pendant ce temps ne fournit que des résultats négatifs.

Messieurs, il n'y a pas que l'élément paralysie à considérer dans la migraine ophtalmoplégique; la douleur, l'hémicranie, la migraine en un mot est là, toujours présente, et tient d'abord le premier plan. Voici comment les choses se passent : c'est, remarquez-le bien, la douleur, et souvent une douleur intense, atroce, disent quelques-uns, qui ouvre la scène; cette douleur est une hémicranie par excellence, elle reste localisée d'un seul côté pendant toute la durée de l'accès, bien plus régulièrement que cela ne se voit dans la migraine vulgaire, siégeant à la région temporale et, en outre, s'étendant tantôt à l'occiput, tantôt à la nuque ou encore sur les deux à la fois. La douleur s'accompagne d'ailleurs généralement, comme dans les autres formes de la migraine, de malaises, de nausées et de vomissements.

Dans l'accès la durée de cette période douloureuse est variable ainsi que nous le dirons dans un instant, mais courte ou longue cette phase est marquée par des exacerbations tantôt matinales, comme dans le cas de Marie et Parinaud, tantôt vespérales ainsi que vous le verrez dans le fait qui va vous être présenté.

Un autre caractère de cette période douloureuse c'est qu'elle se termine brusquement, comme par enchantement, au moment même où apparaît la paralysie oculomotrice. Celle-ci semble jouer là, en somme, le rôle de ce que l'on appelait autrefois un phénomène critique. Oui, je le répète, la douleur et aussi le malaise et les vomissements disparaissent rapidement pour faire place à la paralysie qui persistera ensuite pendant une période de temps qui peut varier de quelques jours à plusieurs semaines.

* * *

Vous avez compris, par ce qui précède, quelle

© ANM

est la constitution typique d'un accès de migraine ophtalmoplégique ; il se compose essentiellement de deux périodes successives : l'une, la première en date, qui peut être appelée douloureuse, est marquée par l'hémicranie, le malaise et les vomissements; l'autre, la seconde, est la période paralytique. Mais vous auriez, Messieurs, une idée fort imparfaite de l'affection si je n'insistais pas actuellement sur ce qui est relatif d'abord à la durée de chacune des crises, et aussi à la durée des intervalles qui les séparent. Il y a, en effet, à constater sur ces deux points des variations nombreuses, considérables même, et il y a lieu, en conséquence, d'établir à cet égard des catégories, bien que, à mon avis, les variations dont ils s'agit puissent être ramenées toujours au type fondamental.

Pour ce qui est d'abord de la durée de chacune des crises, il y a à considérer, en premier lieu, celles ou l'accès ne s'étend pas à plus de 3, 4, 5, 6 jours, tout compris : période douloureuse et période paralytique. Remarquez à ce propos que la durée de l'accès même le plus court de migraine ophtalmoplégique dépasse toujours de beaucoup celle des accès normaux de migraine vulgaire ou ophtalmique; j'ajouterai que dans les cas où l'accès est de courte durée les périodes intercalaires sont relativement courtes ou, autrement dit, les accès se succèdent plus fréquemment ; c'est ainsi qu'on peut voir les accès, dont la durée ne dépasse pas quatre ou six jours, reparaître plus ou moins régulièrement environ tous les mois, à peu près douze fois par an.

Je signalerai quelques observations à titre d'exemples du genre :

1° Cas de Senator (*Zeitsch. für klin. Medic.*, 1888, p. 253). — Femme de 22 ans. Début à l'âge de 8 ans environ. Un accès tous les mois depuis cette époque. La durée de chaque accès est de 5 à 6 jours. La douleur de tête, accompagnée de frissons, siège à droite, et c'est à droite que l'ophtalmoplégie se produit. L'ophtalmoplégie chez ce sujet n'a paru que dans un petit nombre d'accès.

Ce cas met en lumière le fait intéressant que chez quelques sujets la période douloureuse peut, dans certains accès, exister seule et ne pas être suivie de la période paralytique.

2° Cas de Manz (*Berlin Klin. Woch.*, n° 34, août 1889). — 23 ans, cocher. Début à l'âge de 14 ans, accès toutes les 4 ou 6 semaines. Ils durent de 3 à 4 jours. La douleur occupe le côté gauche, elle s'accompagne de frissons, malaise, soif, vertiges, perte d'appétit, pas de vomissements, paralysie oculo-motrice gauche. A la suite du dernier accès observé, un certain degré de chute de la paupière et la diplopie croisée ont persisté pendant près de 8 semaines.

3° Cas de Hasner (cité d'après Mœbius). — Fille de 17 ans, accès courts ; durée de 3 à 6 jours environ, mensuels. Début à l'âge de 13 ans. La douleur et l'ophtalmoplégie siègent à gauche. Il y a du malaise et des vomissements. Le ptosis ne dure pas plus de 3 jours. L'accommodation reste en défaut plus longtemps.

Une seconde catégorie se composera des cas dans lesquels les accès sont en général beaucoup plus longs que dans le groupe précédent — ils peuvent durer 10, 15 ou 20 jours — et en même temps beaucoup plus rares.

Les cas suivants peuvent être cités comme des types du genre.

1° Cas de Mœbius (*loc. cit.*) Il s'agit d'une fille de 6 ans. La maladie a débuté à l'âge de 1 an. Les accès ont eu lieu seulement une fois environ chaque année, mais la durée de la période douloureuse qui s'accompagne de vomissements est de 10 à 14 jours, tandis que la paralysie oculaire persiste pendant un mois et plus. Il est remarquable que le second, le troisième et le quatrième accès ont paru chaque année au mois d'août.

2° Cas de Marie et Parinaud, observé à la Salpêtrière. (*loc. cit.*). — Femme de 26 ans. Début à l'âge de 7 ans. Les accès ont lieu depuis cette époque chaque année au printemps. La période douloureuse est marquée par une *névralgie orbitaire* quelquefois accompagnée d'embarras gastrique et de vomissements. Sa durée est de 8 à 10 jours; pendant ce temps la douleur est constante, mais elle est surtout intense le matin ; portée au maximum vers 10 heures, elle s'apaise vers midi et n'est plus représentée dans l'après-midi que par un sentiment de pesanteur. La durée de la diplopie et celle de la chute de la paupière ont été plusieurs fois jusqu'à deux ou trois mois.

Les crises, dont l'intensité s'était atténuée déjà à l'âge de 15 ans, lors de l'apparition des règles, sont devenues moins intenses encore après le mariage, c'est-à-dire à 26 ans.

Ces deux derniers cas peuvent, comme vous allez le voir, servir à établir la transition entre ceux de la première catégorie et celui qui doit maintenant faire l'objet de notre étude. Mais, avant d'entrer dans le détail de ce cas, nous devons relever encore quelques autres points appartenant à l'histoire naturelle de la migraine ophtalmoplégique.

* * *

En premier lieu il convient de remarquer que, surtout dans les cas où les accès sont prolongés et rares, les intervalles ne sont pas toujours parfaitement libres, la douleur apparait parfois dans ces intervalles à l'état rudimentaire, et les accidents paralytiques, bien qu'atténués, persistent à un certain degré. Il semble qu'en pareille circonstance il y ait tendance à l'état continu. Il ne s'agit plus alors, ainsi que l'a parfaitement relevé M. Senator, d'une maladie *périodique* dans l'acception rigoureuse du mot, mais plutôt d'une *maladie continue avec exacerbations périodiques*. C'est là justement ce qui s'est produit à de certaines époques chez notre malade d'aujourd'hui.

La maladie commence en général dans l'enfance : à 11 mois, 4, 5, 15 ans ; exceptionnellement le début se fait plus tard, et à cet égard notre fait s'éloigne de la règle, le premier accès ayant eu lieu seulement à l'âge de 30 ans ; mais il faut remarquer que chez notre sujet, de même que chez plusieurs autres, les accès avec ophtalmoplégie ont été pendant longtemps précédés par des accès migraineux sans paralysie oculaire.

Ce genre de migraine parait surtout fréquent chez les femmes ; chez l'homme on ne l'a encore observé que dans 4 cas.

Il est des cas, comme celui de Marie et Parinaud, où la maladie parait tendre à la guérison, mais je ne crois pas qu'on puisse citer encore, à l'heure qu'il est, un seul cas de guérison véritable. L'an passé il s'est présenté à la policlinique un jeune homme de 20 ans chez lequel les accès de migraine ophtalmoplégique, datant de la première enfance, survenaient environ tous les mois. Ils ont cessé de se produire depuis 18 mois environ, mais le dernier a laissé après lui une paralysie complète du moteur oculaire commun, qui depuis cette époque ne s'est pas amendée. Il est à craindre que cette paralysie soit désormais un fait accompli. Ceci ne rappelle-t-il pas, soit dit en passant, les reliquats permanents signalés dans quelques cas de migraine ophtalmique ?

Dans l'étiologie on cite deux ou trois fois un coup sur la tête ; on parle quelquefois d'hérédité nerveuse et migraineuse. Chez notre malade, le père a été saturnin, et il y a eu du côté maternel une tante aliénée.

© ANM

Les cas où la maladie tend à s'aggraver progressivement paraissent beaucoup plus communs que ceux où elle parait, au contraire, tendre à s'amender. Les premiers appartiennent communément au groupe dont le caractère est que les accès proprement dits sont de longue durée, en même temps que les accidents paralytiques, bien qu'atténués, tendent à s'éterniser dans les intervalles.

Un mot en terminant sur le diagnostic. La migraine ophtalmoplégique ne saurait être confondue cliniquement, tant ses caractères sont tranchés, avec les autres migraines. Une tumeur intra-cranienne pourrait, dans de certaines circonstances, la simuler, mais l'existence dans le premier cas de phénomènes concomitants particuliers, celle de la névrite optique en particulier, mettraient bientôt sur la voie.

On ne pourrait la confondre, non plus, avec ces ophtalmoplégies à récidives, portant tantôt sur le moteur oculaire commun, tantôt sur l'abducens, qui sont si fréquentes dans l'histoire de l'ataxie locomotrice progressive et dont M. Pel, d'Amsterdam, rapportait récemment un fort bel exemple. (*Berlin. klin. Wochens.* — 6 janvier 1890). Ces paralysies récidivantes de l'ataxie ne s'accompagnent ni de migraines, ni de vomissements, et bientôt la nature du cas se révélerait dans tout son jour, par la concomitance d'autres accidents tabétiques caractéristiques. (*A suivre*).

ASSISTANCE CHIRURGICALE

De l'organisation des services de chirurgie dans les hôpitaux de Paris ;

par Félix TERRIER, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Bichat (1).

Mon cher Directeur,

Vous avez eu l'amabilité de me demander l'exposé de mes opinions personnelles sur l'installation et l'organisation d'un service de chirurgie d'après les idées modernes. C'est là, je m'empresse de vous le dire, une question assez difficile à résoudre et qui, surtout, soulèvera bien des objections et des difficultés, étant donné nos installations hospitalières actuelles, installations déplorables, à mon avis.

Voici, pour moi, la doctrine fondamentale qui doit guider dans une installation chirurgicale. Tout blessé, tout malade atteint d'une lésion dite chirurgicale, est *suspect d'infection*, et doit, dès son entrée à l'hôpital, être soumis à un classement déterminé sur lequel je reviendrai dans un instant.

Il résulte de cette proposition générale qu'un service de chirurgie doit être *absolument isolé*, comme on l'admet aujourd'hui pour les services des femmes en couches. Il ne doit pas être placé, comme nous le voyons dans nos hôpitaux, au milieu des services de médecine. C'est là une pratique déplorable contre laquelle on ne saurait trop réagir et qui viole les notions les plus élémentaires de l'hygiène.

Depuis mon installation à l'hôpital Bichat, c'est-à-dire depuis sept années, je n'ai jamais observé que deux érysipèles nés dans mes salles chez mes opérés : or, l'un de ces érysipèles fut manifestement pris par un opéré qui avait été se promener dans le service de médecine voisin, service où existaient des érysipèles de la face. Et d'ailleurs, en supposant une impossibilité matérielle de contamination directe entre les malades de médecine et ceux de chirurgie, il est facile de comprendre l'existence d'une contagion indirecte par les gens de service qui non seulement ne sont pas isolés, mais ont un contact fréquent et journalier, en particulier au moment des repas en commun.

Le service chirurgical étant isolé, comment doit-il être installé ?

Un malade chirurgical ou un blessé se présente-t-il à l'hôpital, il faut, dès qu'il est admis dans le service de chirurgie, le diriger vers une première salle dans laquelle il sera possible de le déshabiller, de le faire baigner et de lui donner des vêtements hospitaliers sortant de l'étuve à stérilisation. Les vêtements du malade seront réunis en paquet et de suite portés dans l'étuve à stérilisation, pour les nettoyer avant de les lui restituer en partie. Ce sont là des précautions hygiéniques absolument élémentaires, qui sont loin d'être prises la plupart du temps. Si, en effet, dans beaucoup de services, les entrants sont envoyés au bain et ont leurs vêtements partiellement changés, en ce sens qu'on leur fournit du linge, ils n'en conservent pas moins leurs vêtements principaux : jupons ou robes pour les femmes, pantalons et gilets pour les hommes. Or, si l'administration hospitalière ne peut donner à chaque entrant un vêtement complet propre, elle peut, pendant que les malades sont dans le bain, faire stériliser les habits possibles à conserver, en les plaçant dans l'étuve sèche. Grâce à ces précautions le malade ou le blessé entrant à l'hôpital peut être relativement désinfecté.

Notons de suite que cette désinfection, possible pour beaucoup de malades chirurgicaux, ne l'est plus lorsqu'il s'agit de blessés plus ou moins gravement atteints, et que dans ces cas la désinfection prématurée est des plus relatives et doit même être considérée comme nulle, malgré les soins qu'on peut y apporter.

Dès l'entrée du malade ou du blessé à l'hôpital, il doit donc être plus ou moins complètement nettoyé, dans une salle à part et pourvue de bains et d'une étuve à stérilisation.

C'est alors que les malades ou blessés devront être divisés en trois catégories, répondant précisément aux *desiderata* de la théorie que j'ai déjà exprimée plus haut, en disant qu'un blessé ou malade était fatalement suspect d'infection.

S'agit-il d'un malade ayant une opération à subir pour remédier à une lésion congénitale ou acquise non infectée, par exemple pour un bec-de-lièvre, une fissure palatine, une tumeur non ulcérée du sein, une tumeur du ventre, etc. ? Ce malade, après avoir été baigné et avoir mis des vêtements désinfectés, doit être considéré comme indemne de toute infection primitive. Dans ces cas, il peut entrer dans une salle que je désignerai par la lettre A, salle qui est exclusivement destinée à ce genre de malades chirurgicaux. C'est la *salle des non infectés primitivement*.

Voyons maintenant un autre cas. Nous avons affaire à un malade porteur d'une lésion des téguments ; un ulcère de jambe, une plaie suppurante, une ulcération d'une lésion maligne, etc. Ce malade ou blessé, qui doit subir une opération ultérieure, au moins dans certains

(1) L'article ci-dessous, que nous sommes heureux de pouvoir, dès aujourd'hui, mettre sous les yeux de nos lecteurs, est une lettre adressée à M. le Dr PEYRON, directeur général de l'Administration de l'Assistance publique à Paris. Nous attirons tout spécialement l'attention sur la façon dont notre cher maître comprend l'installation d'un service chirurgical. Jusqu'à présent, en France, jamais un chirurgien n'avait osé aborder la question de la sorte. (M. B.).

© ANM

cas, est un malade infecté ; il doit être nettoyé avec soin comme les précédents ; mais, ce nettoyage fait, il n'en reste pas moins infecté pour le chirurgien. On doit donc le mettre à part et surtout le séparer absolument des malades non infectés ; il faudra le placer dans une deuxième salle B, isolée de la précédente. Ce sera la *salle des infectés primitivement*.

Cette distinction, cette séparation, qui est tout ce qu'il y a de plus élémentaire en fait d'hygiène hospitalière, n'existe pas dans notre pays ; et cela, je dois le dire, au grand étonnement des chirurgiens étrangers et en particulier des chirurgiens russes, qui me l'ont souvent manifesté.

Jusqu'ici, il est facile de comprendre la division qu'il faut établir d'emblée entre ces deux catégories de blessés ou de malades, et le départ peut être fait facilement sur les indications d'un élève instruit comme l'est d'ordinaire un interne en chirurgie de nos hôpitaux. Encore faut-il que les malades soient vus par un interne, et que celui-ci soit un élève du *service de chirurgie*. Du reste, je reviendrai sur ce point, qui, certes, mérite un sérieux examen.

Il se présente souvent un 3e cas, c'est le suivant : Un blessé est apporté à l'hôpital après avoir été plus ou moins mal pansé en ville chez les pharmaciens (1), ou bien même, s'il est favorisé du sort, le blessé est directement amené à l'hôpital par une voiture d'ambulance, comme cela est la règle dans la plupart des villes américaines, au moins celles de l'Est que j'ai pu visiter. Supposons qu'il s'agisse d'une fracture compliquée de plaie du membre inférieur. Dès l'arrivée du blessé à l'hôpital, et sans perdre de temps, il faut instituer un traitement chirurgical actif, consistant dans l'espèce à nettoyer le blessé, à ouvrir antiseptiquement le foyer de la fracture, à réséquer au besoin les os brisés, à enlever les esquilles, à drainer, etc. Ceci fait, et nous verrons par qui cette intervention doit être pratiquée, il est absolument impossible d'affirmer que le patient ne sera pas infecté ou plutôt qu'il a pu être absolument désinfecté. Il faut donc le tenir en observation pendant quelque temps, au moins une semaine, d'où la nécessité d'une troisième salle C, dite *salle des malades en observation*.

De ces trois exemples, il est facile de conclure que tout service de chirurgie bien installé doit avoir trois salles absolument distinctes : 1° une salle pour les malades blessés et opérés non infectés, c'est la salle A ; — 2° une salle pour les malades, blessés et opérés infectés, c'est la salle B ; — 3° enfin, une salle C, dite d'observation, pour les blessés et opérés sur l'infection desquels on ne peut se prononcer encore, et qui doivent rester en observation avant d'être placés dans l'une des deux salles précédentes.

Combien de lits doivent contenir ces diverses salles ? Cela dépend beaucoup, croyons-nous, de la situation de l'hôpital, et voici pourquoi : Dans un hôpital du centre où sont apportés de nombreux blessés, on conçoit que la salle d'observation soit la plus vaste, ou au moins présente un minimum d'une vingtaine de lits. Dans un hôpital excentrique au contraire, les deux salles A et B peuvent, selon nous, contenir un plus grand nombre de lits que la salle C, d'observation.

Le nombre de lits de chaque salle peut aussi varier s'il s'agit d'un service d'hommes ou d'un service de femmes. Il est facile de comprendre que chez ces dernières, moins exposées aux accidents, une salle d'observation pourra posséder moins de lits que la salle analogue du service des hommes. Encore faut-il que ces lits soient plutôt en excès, un grave accident pouvant amener en quelques instants de nombreux blessés à l'hôpital.

Mais ce n'est pas tout, et à ces trois salles, tout à fait séparées les unes des autres, doivent être annexées des salles d'opérations spéciales. En effet, si les blessés ou les malades doivent être isolés les uns des autres, selon leur état aseptique ou septique, dès leur entrée à l'hôpital, on conçoit que cet isolement doive être continué tout le temps du séjour dans le milieu hospitalier. Et cet isolement doit être plus complet quand doivent être opérés les malades qui sont exposés à l'infection par le fait même de l'incision des téguments.

La question des trois salles opératoires annexées aux salles A, B et C, est donc pour nous indiscutable, étant donnée la valeur incontestable des principes qui nous guident dans l'installation que nous préconisons ici. Deux de ces salles, celles qui sont annexées aux salles A et B, peuvent être fermées pendant la nuit et ne servir que lors de la présence du chirurgien à l'hôpital. Mais il n'en est pas de même de la salle d'opération annexée à la salle C, ou salle d'observation. C'est dans cette salle, dite d'observation, que peuvent arriver jour et nuit les malades ou les blessés de la ville qui nécessitent soit des pansements, soit des opérations urgentes, opérations d'où dépend d'après nous le sort ultérieur des malades et qui doivent être faites de suite.

La salle opératoire, annexée à la salle C, doit donc être *constamment prête;* c'est dire quelle doit être toujours chauffée, facile à très bien éclairer et que ses étuves à stérilisation et ses appareils hydrauliques doivent être prêts à fonctionner. De plus, cette salle opératoire sera pourvue de tous les instruments nécessaires et d'un *matériel très complet*, car la plupart de ces opérations urgentes sont sérieuses et nécessitent un appareil instrumental assez complexe. Par exemple il faut y pouvoir pratiquer : des hernies étranglées et des laparotomies, seule façon de sauver la vie aux blessés qui arrivent avec des plaies pénétrantes de l'abdomen et qui, dans notre système actuel, ne sont secourus que beaucoup trop tard. On doit encore y trouver tout ce qu'il faut pour faire des résections, des amputations, la trachéotomie, etc.

Un mot sur ce que doivent être, en principe, ces trois salles opératoires. Je dirai de suite que leur installation peut et doit être *fort simple* et, à cet égard, je ne saurais trop m'élever contre le luxe que déploient certains chirurgiens pour installer un amphithéâtre de chirurgie. Un premier point important, c'est que ces salles soient largement éclairées. Un vitrage, situé en haut de la salle et de préférence du côté nord, suffit à cet effet. Il n'est pas besoin de faire remarquer l'utilité de l'orientation du nord au nord-est, pour éviter les rayons du soleil et une chaleur toujours fort gênante, au moins pendant quelques mois de l'année.

La salle d'opérations annexée à la salle C, et qui doit servir souvent pendant la nuit, doit posséder un éclairage spécial soit au gaz, soit mieux à l'électricité, dont l'installation sera particulièrement soignée.

Ces salles doivent être disposées de façon à se bien chauffer. Nous avons déjà dit que l'une d'elles (celle annexée à la salle C) doit être toujours chauffée durant toute la période d'automne, d'hiver ou de printemps,

(1) Je n'incrimine pas ici MM. les pharmaciens de la ville qui font ce qu'ils peuvent, mais qui fatalement ne peuvent pas grand' chose pour secourir les blessés. L'appel d'une voiture d'ambulance et d'un élève instruit est la seule chose logique dans l'espèce.

© ANM

pendant laquelle il fait presque toujours froid, au moins dans notre climat. J'insiste sur ce chauffage constant, que j'ai vu préconisé et installé dans bien des hôpitaux étrangers, mais que je ne sais pas installé en France ou au moins à Paris. On comprend facilement que le blessé ou le malade qui entre à l'hôpital et va subir une opération d'urgence doive être opéré dans une salle chaude. Cette notion est tellement élémentaire qu'il paraît presque naïf de la rappeler, et cependant il y a, sinon tout à faire, au moins beaucoup à faire dans nos hôpitaux, pour que cette simple précaution soit prise.

Une vitrine renfermant les boîtes d'instruments, un buffet fermé où sont préparées les pièces extérieures des pansements, deux tables, des tablettes sur lesquelles sont disposés les flacons contenant les solutions antiseptiques et les bocaux renfermant soit les pièces de pansement, soit les tampons aseptiques, soit les éponges préparées antiseptiquement. Tel est le mobilier principal et fort simple de ces salles. Ajoutons-y : un lavabo, un filtre Pasteur-Chamberland avec barillet, dont le trop-plein ira se rendre dans un récipient chauffé au gaz, une étuve pour le linge, un fourneau à gaz et enfin une étuve stérilisatrice des instruments, du modèle Poupinel-Wisnegg. Quant au lit opératoire, une simple table solide et en bois, étroite, recouverte d'un matelas et d'une toile cirée, me paraît très suffisante. S'il me fallait la remplacer par quelque chose, je choisirais la table nickelée de mon ami et élève Poupinel. Pour déposer les instruments lors des opérations on peut utiliser une table analogue à celle de Just L. Championnière, supportant des plateaux de nickel pur repoussé; le prix en est minime et ces plateaux sont tout à fait inaltérables.

Parmi les appareils indispensables à ajouter au matériel des salles, on doit signaler un autoclave. Un seul de ces appareils, destiné à stériliser les compresses qui abritent les environs du champ opératoire, nous paraît suffire pour tout le service ; il peut être placé soit dans une salle d'opérations, soit mieux dans un local spécial attenant à la pharmacie. C'est qu'en effet l'interne en pharmacie du service de chirurgie a un rôle fort important à jouer : celui de préparer les éponges antiseptiques, ce qui nécessite des manipulations longues et minutieuses, et celui de préparer les compresses stérilisées. J'ajouterai que, depuis mon entrée dans les hôpitaux, je n'ai jamais eu qu'à me louer du zèle et du dévouement des divers internes en pharmacie qui se sont succédé dans mon service de chirurgie et dont la tâche était assez lourde. Si l'on pouvait avoir, en outre, un appareil stérilisateur des objets de pansements, toujours sous la direction de l'interne en pharmacie, l'organisation serait presque parfaite.

Quelques remarques maintenant sur la *disposition des salles des malades*. Ces trois salles, A, B et C, doivent, autant que possible, être disposées de façon qu'il y existe des chambres d'isolement. Cette nécessité s'impose dans les cas de *delirium tremens ;* quand un blessé est amené déjà atteint de tétanos ou d'érysipèle ; quand des phénomènes septiques graves se sont développés, etc. Enfin, dans nombre de cas, lors d'opérations très sérieures, il est nécessaire que l'opéré soit soumis à une surveillance incessante et qu'il soit absolument isolé des autres malades ou blessés. Tel est le cas pour les malades ou blessés opérés de laparotomie, de gastrostomie, de kystes hydatiques du foie, de cholécystotomie ou cholécystectomie, etc., etc.

J'ajouterai qu'il serait tout à fait rationnel que, dans chaque service chirurgical, il y eût des chambres séparées et *payantes*, permettant aux personnes de la classe moyenne de se faire opérer par le chirurgien de leur choix, tout en indemnisant d'une façon suffisante l'administration hospitalière. C'est là une question qui devrait être résolue depuis longtemps, comme elle l'est en Allemagne, en Angleterre et en Amérique. Je ne fais que signaler ici son importance au point de vue de l'assistance hospitalière intelligemment entendue.

Nous avons déjà dit, au commencement de cette lettre, que le service de chirurgie, comme celui des accouchements, devait être absolument isolé des services de médecine. Il en résulte une petite complication : c'est qu'un service de chirurgie complet doit avoir 6 salles de malades, 3 du côté des femmes et 3 du côté des hommes. Si la construction de l'hôpital établit une division absolue entre les services des femmes et les services des hommes, à chacune de ces six salles il faut fatalement annexer un petit amphithéâtre d'opérations, comme nous l'avons déjà dit ci-dessus.

Toutefois, il me paraît possible, en maintenant fort complète la séparation des services masculins et féminins, d'établir, entre les deux salles A, entre les deux salles B, et les deux salles C, les trois amphithéâtres opératoires que nous croyons nécessaires au bon fonctionnement d'un service chirurgical bien organisé et qui dès lors serviraient pour les hommes et pour les femmes. Ceci est affaire de projet du constructeur et me paraît relativement facile à résoudre.

Permettez-moi, en terminant, quelques remarques sur l'*administration du service chirurgical* tel que je viens de l'exposer. Si les malades ou les blessés doivent être absolument séparés les uns des autres selon qu'ils sont indemnes de toute infection, qu'ils sont infectés, ou bien qu'ils sont tenus en observation, on comprend facilement qu'il doit en être de même des personnes chargées du service. Surveillantes et filles de salles ou infirmiers doivent être tout à fait distincts pour chaque salle, et c'est déjà trop qu'ils soient en contact lors des repas ou dans les dortoirs. C'est dire qu'il faut six surveillantes ou sous-surveillantes, et qu'à chacune d'elles doivent être annexées une ou deux infirmières diplômées, une fille de salle et un garçon de salle pour les ouvrages grossiers. Il en est de même *a fortiori* du service des aides et des élèves. Et tout d'abord, *il m'est impossible de comprendre le fonctionnement normal d'un service chirurgical sans la présence constante d'un assistant, déjà chirurgien expérimenté.*

A toute heure du jour ou de la nuit cet assistant doit pouvoir prendre un parti dans un cas grave et pratiquer une opération urgente. L'hôpital doit donc loger un assistant, ou bien celui-ci doit habiter à proximité et être téléphoniquement en rapport avec l'hôpital. Il doit se déranger à l'appel des élèves de garde. Le séjour de l'assistant à l'hôpital est, de beaucoup, ce qu'il faut préférer.

A chacune des salles devra être annexé un interne et au moins trois externes. Ce qui fait en tout six internes et dix-huit élèves externes. Ces élèves doivent rester dans leurs salles respectives et, dès qu'ils y sont entrés, ne jamais pénétrer dans les salles voisines. Il n'est pas besoin de revenir sur l'explication de cette discipline; elle se conçoit du reste.

La garde chirurgicale sera faite *exclusivement* par des élèves du service, externes ou internes, attachés aux deux salles d'observation. Les autres externes en chirur-

© ANM

gie ne feront pas de garde. Il serait, en effet, à souhaiter qu'il y eût à la fois une garde de médecine faite par les internes de médecine, et une garde de chirurgie composée comme je viens de le dire. Les externes de garde pourront, dans les cas ordinaires, répartir les malades dans les trois salles mentionnées plus haut. Y a-t-il le moindre cas embarrassant ou sérieux? Ils auront aussitôt recours, d'abord à l'interne en chirurgie présent, puis à l'assistant si l'interne ne peut prendre de détermination, ou s'il y a lieu d'intervenir d'une façon un peu complexe. On conçoit que toutes les opérations de petite chirurgie soient faites par les élèves externes sous la direction de l'interne, ou bien par celui-ci si elles nécessitent une expérience un peu plus grande.

Je ne vous parle pas du service des nécropsies. En principe, il doit toujours être fait par un aide *absolument expérimenté* et qui soit un anatomo-pathologiste de profession. Dans toutes autres circonstances, — et c'est malheureusement la règle dans nos hôpitaux, — les recherches anatomo-pathologiques sont *absolument insuffisantes;* et, chose plus grave, elles sont faites par des élèves qui, dès le lendemain, sinon le même jour, n'hésitent pas à entrer dans les salles des malades ou des blessés, voire même à y faire des pansements!

Telles sont, mon cher Directeur, mes opinions sur l'organisation d'un service chirurgical et sur son fonctionnement; certes ces idées paraîtront bien révolutionnaires à quelques-uns, mais j'ai le bon espoir qu'elles seront adoptées tôt ou tard, malgré toutes les difficultés qu'elles soulèveront soit au point de vue architectural, soit, surtout, au point de vue administratif.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La Semaine des Congrès.

La semaine qui va commencer peut s'appeler la Semaine des Congrès. En effet, lundi, s'ouvre, à Berlin, le *Congrès international des sciences médicales*; mardi, le *Congrès des médecins aliénistes*, à Rouen; et, mercredi, à Limoges, la session annuelle de l'*Association française pour l'avancement des sciences*. Au point de vue pratique, nous pouvons regretter que les organisateurs de ces Congrès aient choisi la même semaine pour tenir leurs réunions. En s'arrêtant à des dates différentes, échelonnées, ils n'auraient pas couru le risque de nuire au succès de ces Congrès. Depuis 25 ans, dans le *Mouvement médical* d'abord, puis ici, nous n'avons jamais cessé de faire une propagande active en faveur de ces grandes réunions scientifiques. C'est pourquoi, au syndicat médical de la Presse, nous nous sommes associé à l'idée de prendre part au Congrès international de Berlin, conformément à la décision prise au Congrès de Washington, où personne n'a songé à intervenir pour le choix d'une autre capitale.

Nous ne reviendrons point, par le menu, sur les raisons qui plaident en faveur de ces Congrès; nous nous bornerons à rappeler qu'ils fournissent l'occasion aux médecins de tous les pays de faire des visites instructives, de faire des comparaisons intéressantes entre ce qui existe chez eux et dans la capitale où ils se sont rendus. Ils y trouvent des arguments pour pousser, dans leur pays, à la réalisation des améliorations qu'ils ont constatées, au point de vue scientifique et au point de vue de l'organisation des établissements hospitaliers.

En ce qui concerne le Congrès des médecins aliénistes, le premier de ce genre tenu en France, alors que depuis longtemps il en existe dans d'autres pays, après la lecture du programme des séances, nous espérons qu'il aura un réel succès et qu'il sera le point de départ définitif d'une série de Congrès annuels. Il provoquera assurément parmi les médecins aliénistes et neurologistes une émulation louable et contribuera ainsi au développement de l'étude des maladies mentales et nerveuses dans notre pays.

Quant à la session de l'Association française, nous avons la conviction qu'elle sera digne des sessions précédentes.

Nous souhaitons un bon voyage à tous les congressistes et nous espérons que nous aurons à enregistrer des travaux et des discussions qui feront honneur à la science française. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 26 juillet 1890. — Présidence de M. Straus.

M. Auscher donne la relation d'*un cas de maladie de Friedreich*, présentant la forme classique ordinaire. L'autopsie montra une sclérose névralgique des cordons postérieurs et pas de lésions dégénératives des nerfs sensitifs périphériques; on y constate seulement la présence de fibres nerveuses embryonnaires dans les faisceaux nerveux. Les faisceaux antéro-latéraux sont intacts; les nerfs périphériques peu lésés. Comme on le voit, ce cas vient donc à l'appui de celui qui a été présenté par MM. Déjerine et Letulle.

M. Féré a constaté, en étudiant la *physiologie de l'attention*, que la durée du temps de réaction diminue à mesure que l'énergie du mouvement volontaire augmente.

M. Netter a essayé de déterminer la *fréquence relative des différentes manifestations morbides dues au pneumocoque*. Sur 136 cas avec autopsie, on a trouvé 82 manifestations pneumococciques. La pneumonie a été constatée 54 fois; la pleurésie, la péricardite, l'endocardite, l'otite, ont été constatés dans le centième des cas environ. En recherchant quelles sont les manifestations nutritives du pneumocoque, on trouve que la pneumonie tient encore le premier rang; viennent ensuite les broncho-pneumonies et les pleurésies. Les otites, les affections cardiaques, les méningites, sont beaucoup plus rarement primitives. On peut aussi rechercher quelles sont les portes d'entrée les plus fréquentes du microbe; et l'on trouve que chez l'adulte et dans la seconde enfance, l'envahissement se produit surtout par les voies aériennes. Chez les nouveau-nés, c'est l'otite moyenne suppurée (29 fois sur 31 cas) qui est de beaucoup la plus fréquente; la propagation se fait par la trompe d'Eustache, c'est-à-dire par les voies aériennes supérieures. Le microbe envahit le carrefour pharyngien et diffuse de là soit en haut, comme chez le nouveau-né, soit en bas, dans le poumon, comme chez l'adulte.

M. Courmont envoie les conclusions de ses recherches *sur les microbes* de l'ostéomyélite aiguë. Les staphylocoques pyogènes blanc et noir appartiennent à une même espèce pathogène; l'ostéomyélite expérimentale à staphylocoque diffère de l'ostéomyélite à streptocoques, et les variations peuvent se retrouver en clinique. L'inoculation intra-nerveuse du streptocoque pyogène ou puerpéral occasionne des abcès du rein chez le lapin, comme celle du staphylocoque pyogène.

© ANM

M. Gley dépose une note de MM. Combemale et Surmont sur l'*excrétion de l'azote urinaire dans la colique saturnine*. L'acide urique et la créatinine sont toujours éliminés en plus grande quantité qu'à l'état normal, tantôt l'un, tantôt l'autre de ces corps est en excès sur l'autre. Il n'existe pas de crise urique subite, mais une décharge graduelle après la cessation de l'accès de colique.

M. Guignard a recherché la *localisation dans les tissus végétaux des essences sulfurées* telles que l'essence de moutarde. Ces essences sont le produit d'un ferment spécial sur certains principes carbonés. La réaction se produit dans l'épaisseur même de certaines cellules qui se colorent en rouge vif par le réactif de Millon et contiennent une substance albuminoïde particulière, qui n'est autre que le ferment connu sous le nom de myosine et combiné à la potasse. Les cellules particulières se trouvent partout, dans la racine comme dans la tige du raifort.

M. Pouchet présente un *tænia probablement nouveau*, trouvé sur le cachalot. On n'a pu le déterminer, car il n'était pas complet. Il présente des stries rouges formées par un pigment insoluble dans l'alcool, et localisé surtout dans les grains calcaires du tissu conjonctif.

M. Brissaud. — *Sur les lésions latentes des nerfs chez les vieillards*, M. A. Gombault a trouvé chez des sujets, au nombre de 27, des lésions étendues, sans troubles de la sensibilité et de la motilité. Ces faits montrent qu'il peut exister des névrites absolument latentes, à moins que ces lésions ne soient le résultat d'un processus de destruction physiologique du nerf. M. Klippel a décrit des névrites chez les cachectiques et les tuberculeux, au milieu de muscles amaigris. J'ai retrouvé les mêmes névrites, mais existant en dehors des muscles amaigris, et des points où l'état de la peau pourrait faire penser qu'il existe des lésions nerveuses. Ces lésions sont : la fragmentation de la mixture en boule, la présence de petits tubes nerveux moniliformes, et enfin, la présence de gaines vides. Ce sont celles qu'on trouve décrites dans les auteurs ; mais elles ne suffisent pas, à mon sens, pour caractériser une névrite ; car il faut pour celle-ci la destruction d'un cylindre-axe, qui souvent persiste et se trouve seulement masqué par sa gaine dans les dissociations. En somme, ce sont les lésions de la gaine, du système de revêtement du nerf, qui sont surtout décrites, et l'étude attentive des nerfs à l'osmium prouve que les cylindres-axes peuvent persister, réduits à un très faible volume qui suffit au passage de l'influx nerveux. Ces états de nerfs ne sont donc pas sûrement inflammatoires, et il ne faut pas les interpréter encore. La dégénérescence Wallérienne est la seule névrite cylindraxile vraie ; la névrite mercurielle de Letulle, la segmentaire de A. Gombault ne sont que des névrites myéliniques. Il faudra donc dorénavant mieux dissocier les sortes de névrites que l'on observe, car il en est qui sont très peu importantes au point de vue physiologique.

M. Déjerine. — Les altérations de la myéline n'ont effectivement pas grande importance sans celles du cylindre-axe ; mais quand on décrit histologiquement une gaine vide, il n'y a pas de cylindre-axe dedans. D'autre part, il peut y avoir d'autres processus d'altérations des nerfs que la dégénérescence Wallérienne.

M. Brissaud. — En suivant assez loin les gaines prétendues vides, on en voit un certain nombre se continuer à chaque extrémité avec des gaines à myéline, pourvues de cylindres-axes. Ceci prouve que la gaine, vide en apparence, peut contenir un cylindre-axe difficile, ou même impossible parfois à déceler par les techniques actuelles de l'histologie.

M. Boucheron décrit un *filet nerveux ciliaire* qui peut servir à remplacer dans ses fonctions le nerf ciliaire quand il est détruit expérimentalement ou par accident.

M. Charrin présente, au nom de M. Sedors, deux observations de *maladie pyocyanique chez l'enfant*. Il existe des symptômes généraux fébriles et une éruption cutanée qui finit par s'ulcérer et donne des plaies à fond bleuâtre. Trois autres cas ont été observés à Berlin ; ils s'accompagnaient d'hémorrhagies intestinales semblables à celles que l'on retrouve chez le lapin. Il y avait en même temps de l'albuminurie. Ce bacille pyocyanique peut donc produire une maladie générale infectieuse.

M. Netter a observé aussi trois fois le bacille pyocyanique chez l'homme, mais il était associé à d'autres microbes.

M. Chabry dépose une note sur l'*expression mathématique du travail du cœur*.

Alex. Pilliet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 29 juillet 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

M. Vaslin (d'Angers) communique trois cas heureux de *trépanation du crâne* pour accidents consécutifs à des traumatismes, dont il tire les conclusions suivantes : dans les lésions traumatiques du crâne, il faut être réservé dans le pronostic dès le début, malgré la bénignité apparente ; on doit tenir le blessé en observation constante malgré les apparences de guérison complète ; il faut enfin agir rapidement dès qu'on voit survenir des accidents, et la trépanation antiseptique fournit d'excellents résultats.

M. Semmola (de Naples) lit un travail intitulé : *Contribution expérimentale à la pathogénie de l'albuminurie et de la néphrite*. De ses expériences, il conclut que le degré de l'albuminurie expérimentale n'est pas toujours en rapport avec l'intensité du processus morbide rénal. Dans les néphrites toxiques produites par des agents n'ayant pas d'action altérante sur la constitution du sang, on a le maximum des lésions rénales et le minimum d'albuminurie. Dans les néphrites toxiques d'origine minérale, on a le maximum d'albuminurie dû à la fois aux lésions rénales et à l'état dyscrasique. Dans l'albuminurie produite par l'injection de blanc d'œuf, il peut n'exister aucune lésion épithéliale. Mais l'effort fonctionnel nécessaire pour l'élimination dépurative de l'albumine produit à la longue des altérations rénales secondaires, qui doivent rentrer dans la catégorie des néphrites toxiques proprement dites. L'albuminurie brightique doit être regardée comme une albuminurie hématogène, car, autrement, on ne pourrait comprendre les oscillations si rapides et si considérables de l'albuminurie si l'on admettait qu'elle est seulement en rapport avec des altérations épithéliales.

M. Hayem n'admet pas comme probante l'albuminurie produite par l'injection de blanc d'œuf, l'albumine de celui-ci n'étant pas assimilable. En injectant à des animaux des quantités même considérables de sérosités naturelles, il n'a jamais produit d'albuminurie. Quant au sang des brightiques, il ne produit pas davantage l'albuminurie, ainsi que le démontre une expérience qu'il a faite sur un jeune chien, à plusieurs reprises, avec le sang d'un autre chien brightique. Sans doute est-il partisan des néphrites dyscrasiques, mais on ne connaît pas les substances nocives du plasma sanguin, au moins actuellement, et on doit attendre avant d'affirmer qu'elles existent. L'expérience avec le chien brightique prouve en tout cas que les altérations sanguines ne sont pas suffisantes.

M. G. Sée continue sa communication sur le *Cannabis indica dans le traitement des maladies de l'estomac*. On l'emploie à la dose de 0,05 en cinq doses par jour, sous forme d'extrait gras dans une potion. Au delà il devient toxique. Il n'a pas d'action sur les spasmes et les dilatations stomacales. Il calme le pyrosis, mais ne modifie pas les troubles hypochondriaques, hystériques ou neurasthéniques de l'estomac. Son action exige le concours des autres méthodes curatives : alcalins, purgatifs, régime.

Élections : Ont été élus *membres correspondants étrangers* (1re division) MM. Crocq (de Bruxelles) par 31 voix et M. Kalindéro (de Bucarest) par 32 voix, sur 36 votants.

P. Sollier.

Distinctions honorifiques. — M. le Dr Sanchez Toledo Hernandez, préparateur au laboratoire de pathologie à la Faculté, est nommé *Chevalier de la Légion d'honneur*.

© ANM

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 25 Juillet 1890. — PRÉSIDENCE DE M. DUMONTPALLIER.

La correspondance manuscrite comprend : 1° Une lettre des nouveaux membres du bureau central posant leur candidature ; 2° Une lettre de M. GOUGUENHEIM communiquant une observation analogue à celle de M. Gaucher.

M. DESNOS a un malade atteint d'un cancer de l'œsophage inopérable, où des signes de compression des nerfs récurrents se sont produits de la même façon que dans les observations précédentes.

M. DUMONTPALLIER, rappelant à la Société que M. Desnos a donné sa démission de secrétaire, propose, pour le remplacer, la candidature de M. Rendu (Adopté à l'unanimité).

M. DEBOVE, à propos du rapport de M. MERKLEN sur le *traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids*, dit que la supériorité de ce dernier n'est pas établie. D'après une statistique personnelle, la mortalité, avec le traitement par l'*expectoration* à peu près complète, donne une mortalité de 9,2 0/0, tandis que les bains froids donnent 9,92. Le traitement consiste à faire prendre au malade 6 à 7 litres de liquide par jour. Cela suffit à éliminer le poison qui cause la fièvre typhoïde.

M. GÉRIN-ROZE disait, il y a deux ans, que le traitement par les bains froids est pénible pour les malades et difficilement applicable dans les hôpitaux. La mortalité a été de moins de 30 0/0 en suivant le traitement suivant : antisepsie intestinale, abaisser la fièvre, soutenir les forces.

M. LAVERAN cite 2 cas d'abcès du foie dans le pus desquels on n'a pas retrouvé de microorganismes cultivables dans les milieux ordinaires. Il est possible que les principes de la bile mélangés au pus aient détruit les microbes. Il est possible aussi qu'il y ait des microorganismes non cultivables sur les milieux de culture actuellement en usage. Les injections antiseptiques paraissent, en ces cas, inutiles. Elles peuvent avoir l'inconvénient de rompre les adhérences.

M. NETTER. — Le fait de l'absence des microorganismes n'est pas constant. Kartulis, sur le pus de 13 abcès du foie, a trouvé le Streptocoque pyogène 2 fois et le Staphylococcus albus 3 fois. Dans quelques cas, il aurait retrouvé des amibes. La méthode de Little vantée par M. Laveran donne de bons résultats.

M. VARIOT. — *Sécrétion lactée chez les nouveau-nés.* — Les recherches histologiques et chimiques sont d'accord pour montrer la parfaite identité du lait des nouveau-nés avec le lait de femme. Le mauvais état général, la cachexie, n'entraînent pas la suppression de la suractivité fonctionnelle des glandes mammaires chez les nouveau-nés.

En raison des vacances, la Société ne reprendra ses séances que le 2e vendredi d'octobre. L.-R. REGNIER.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 30 juillet 1890. — PRÉSIDENCE DE M. NICAISE.

M, RECLUS fait une communication sur le *traitement de l'appendicite*. Il rapporte trois observations. Dans deux cas les malades guérirent rapidement à la suite d'une incision large avec lavage et drainage ; dans un cas il y eut un insuccès. En quelques mots, M. Reclus refait la pathogénie de cette affection. D'après lui, il faut faire très hâtivement la laparotomie. Quand on opère entre la 48e et la 52e heure, on a quelques chances de succès. Dans la forme localisée, l'incision oblique est plus indiquée. M. Reclus résume les travaux parus à l'étranger sur cette question.

M. DELENS fait un rapport sur une observation adressée à la Société par M. le Dr Rolland (de Toulouse) et ayant trait à un cas d'*ophtalmotomie antérieure*.

M. POLAILLON lit une lettre de M. le Pr LAROYENNE (de Lyon), sur le *traitement des salpingites et ovarites suppurées et des abcès pelviens par l'incision vaginale*.

M. HACHE (de Beyrouth) lit une observation de *gangrène des orteils à la suite d'une fracture comminutive chez un diabétique*. Ablation des parties sphacélées. Guérison.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait une longue communication sur la *résection du genou* et fait connaître les résultats qu'il a obtenu dans les 44 opérations qu'il a pratiquées. Il insiste sur le manuel opératoire qu'il emploie, et fait ressortir les différences de sa manière de faire d'avec celle de M. Bœckel.

M. RECLUS montre un rein atteint de *pyonéphrose* ; ce rein a été enlevé par la néphrectomie transpéritonéale.

M. GUÉNIOT montre un cas très intéressant *d'embryon inclus*. Il s'agit d'un vestige de fœtus implanté dans la cavité buccale d'un autre enfant né vivant.

La *Société de Chirurgie* entre en vacances ; la séance suivante n'aura lieu que le premier mercredi d'octobre. M. B.

REVUE DE PSYCHIATRIE

I. — T. FAVREAU. — **Contribution à l'étude du secret professionnel, particulièrement en médecine mentale.** — Paris, in-8°, 1888. *Progrès médical* et Delahaye, éditeurs.

II. — J. ORSCHANSKY. — **Zur Lehre der Willensthœtigkeit. Ueber willkürliche Impulse und Hemmungen** (tirage à part des Archiv. f. Anat. u. Physiologie, 1888).

III. — J. ORSCHANSKY. — **Ueber Bewustseinstœrungen und deren Bezechungen zur Verrücktheit und Dementia** (Arch. f. Psych., XX., 2).

IV. — C. APOLLONIO. — **Le paranoie rudimentarie** (idée fisse) **considerate come forme speciali di neurastenia.** — Mantoue, in-8°, 1889. A. Manuzio, éditeur.

V. — P. KOWALEWSKY. — **Ivrognerie, ses causes, son traitement.** — Kharkoff, in-24, 1889. F. Sylberbergédit.

I. — Quand un malade, dont, à raison de sa profession, le médecin peut prévoir l'influence fatale sur le milieu où il vit, se confie à la discrétion de l'homme de l'art, celui-ci doit-il au contraire se désister du *secret professionnel*, s'il juge précisément que l'intérêt de ce client, autant que celui de la société menacée, exigent qu'il le viole. Doit-il, par exemple, prévenir une compagnie de chemin de fer qu'un de ses agents est atteint de vertige ou de daltonisme ? Evidemment oui. Eh bien ! pour la même raison, il lui faut faire séquestrer tout aliéné qui vient se confier à lui. M. FAVREAU prend un certain nombre d'exemples dans la pratique courante, et, en guise de conclusion, il propose que cette violation du secret médical soit soumise à l'examen des maîtres en médecine légale, comme en psychiatrie, afin qu'on en possède les indications formulées d'avance.

II. — Recherches fort intéressantes de *psychophysique* ; le dispositif des expériences donne, en effet, la plus grande valeur aux chiffres obtenus pour le temps qui s'écoule entre la sollicitation d'un mouvement et la réaction du sujet incité (temps de réaction motrice), et, parallèlement, pour le temps que demande l'arrêt du mouvement volontaire (temps de réaction de l'arrêt). D'après ces chiffres, il faut autant de temps à l'homme pour produire une impulsion volontaire que pour arrêter un mouvement, et cela, dans le domaine physiologique comme dans le domaine pathologique. Il y a donc identité entre les *deux espèces d'activité volontaire*.

III. — M. ORSCHANSKY a également soumis à une minutieuse analyse psychologique un certain nombre d'individus affectés de stupeur ou d'affaiblissement passager des facultés (désordre avec confusion dans les idées), auxquels conviennent, d'après lui, indistinctement les étiquettes de : démence aiguë (Esquirol) ; — folie aiguë systématique hallucinatoire (Meynert) ; — folie systématique aiguë primitive (Westphal) ; — folie systématique aiguë sensorielle (Schuele) ; suivant la phase à laquelle on observe le tableau morbide. Il y a, au fond, une sorte d'antagonisme entre l'élément délire et l'obnubilation de la connaissance. Le délire résulte de l'excitation intellectuelle qui provoque une sorte d'hypergenèse des idées et des conceptions. Le trouble simple de la connaissance n'exclut pas la conservation d'un certain degré de perception ; il ne supprime pas l'impression consciente de l'activité personnelle (conscience de la personnalité) ; la mémoire persiste. Dans l'état de démence aiguë, la perception est affaiblie, ralentie

© ANM

ou disparue, le malade ne prend plus connaissance de son activité, ni de sa réactivité, il perd toute mémoire.

IV. — D'après M. APOLLONIO, les *obsessions* ont la même origine que la neurasthénie. Elles sont, comme cette dernière, le résultat d'une hyperexcitabilité fonctionnelle d'éléments nerveux surmenés, non réparés. Seulement, tandis que l'hyperexcitabilité est diffuse dans le cas de neurasthénie, elle est circonscrite dans ce mode de folie systématique et produit des désordres en rapport avec le lieu de l'hyperexcitabilité (l'écorce). Les idées fixes sont, par conséquent, un cas particulier, une localisation plus distincte de la neurasthénie.

V. — Petit volume de vulgarisation publié en plusieurs langues par le professeur KOWALEWSKY, de Kharkoff. Il s'agit ici de la traduction française de M. Waldemar de Holstein. L'auteur exalte l'avantage des *asiles pour buveurs*.

P. KERAVAL.

BIBLIOGRAPHIE

Précis d'anatomie pathologique ; par L. BARD. — Paris, Masson, 1890.

Voici un manuel auquel on ne peut faire qu'un reproche, c'est d'être trop court. L'anatomie pathologique se vulgarise de plus en plus ; on exige que les élèves en possèdent des notions suffisantes ; il existe même depuis peu une épreuve pratique. Il faut donc aux étudiants un manuel didactique, ordonné, clair surtout, qui put prendre place à côté des traités savants et d'une lecture parfois difficile pour les commençants que nous possédons en France. M. Bard a réussi à condenser dans un petit format tout le programme que comportent les examens, en apportant la plus grande concision dans ses descriptions, et en laissant franchement de côté un certain nombre d'organes, tels que l'œil et l'oreille, dont l'étude anatomique et pathologique est faite d'ordinaire dans les traités spéciaux. La microbiologie qui se confondait d'abord avec l'étude des lésions en est maintenant tout à fait distincte, aussi n'a-t-elle pas de place dans le livre de M. Bard. Dans une première partie, qui traite de l'anatomie pathologique générale, l'auteur passe en revue les tumeurs, et ces chapitres où il aborde délibérément et poursuit dans toutes ses conséquences la théorie épithéliale dont Ch. Robin fut si longtemps en France le défenseur presque unique, sont de beaucoup les plus intéressants de l'ouvrage ; on y trouve une originalité de vues qu'on ne s'attendait guère à rencontrer dans un manuel. Là sont réunies et condensées les principales idées sur la spécificité cellulaire que M. Bard a publiées dans différents mémoires. Les lésions parasitaires lui permettent ensuite de montrer que les cellules ont toujours une façon particulière de réagir en rapport avec la nature de l'agent morbide ; et que là aussi existe une spécificité, celle de la lésion, qui correspond à la spécificité de la cause. Dans l'anatomie pathologique spéciale qui forme la plus grande partie du livre, les organes et les appareils sont passés successivement en revue et toujours dans le même ordre au simple point de vue de leurs lésions de développement (tumeurs, etc.), de leurs lésions de nutrition et des désordres de cause microbienne. Enfin un appendice contient la technique des autopsies, ce qui n'existe dans aucun autre livre français que celui-ci et le manuel bien connu de MM. Bourneville et Bricon ; et cette technique est elle-même complétée par celle des soins à prendre pour recueillir les pièces et en faire l'examen histologique. On y trouve les différents procédés d'examens à l'état frais, de durcissement, de coloration et de montage. Sous son petit volume l'ouvrage est donc bien chargé de faits. Nous regrettons seulement qu'un certain nombre de figures soient trop réduites et trop schématiques, surtout celles qui représentent des préparations histologiques.

P.

Traité de pathologie chirurgicale spéciale ; par Franz KŒNIG (de Gottingue). Traduction française par J.-R. COMTE. Lecrosnier et Babé, éditeurs, Paris, 1890.

Au moment où commença à paraître la traduction française du bel ouvrage de Kœnig, et ou on annonça le 1er fascicule de ce traité de pathologie chirurgicale spéciale, nous avons signalé à nos lecteurs les caractères particuliers qui distinguaient l'œuvre du célèbre chirurgien allemand ; la façon dont M. Comte, chirurgien distingué de Genève, avait compris l'exécution de cette grande entreprise. Nous n'avons pas à y revenir ici. Mais aujourd'hui que cette publication est terminée, que paraît le 2e fascicule du tome III, on nous pardonnera de répéter que M. Comte a rendu là un très notable service aux chirurgiens français.

Il y a dans cet ouvrage des phrases qui feraient bondir nos vieux maîtres, quoiqu'elles soient l'expression de la plus exacte vérité. Nous avons été frappé de voir imprimée en lettres françaises ces idées de progrès, qu'on chercherait en vain dans nos classiques ! Nous regrettons de ne pouvoir en citer ici des exemples ; tous ceux qui sont nés chirurgiens, tous ceux qui, sûrs d'eux-mêmes, de leur sang-froid, de leur propreté, de leur habileté manuelle, sont convaincus que la chirurgie, basée sur les doctrines modernes, n'est encore qu'adolescente; les liront avec plaisir, heureux enfin de ne pas se buter constamment à l'obstructionnisme qui nous caractérise si bien. Certes ce livre a des défauts ; nous les avons signalés, à côté de ses qualités primordiales, quand nous avons analysé ici même les premiers fascicules. Certes tout cela est un peu diffus; mais que les praticiens y trouveront des remarques utiles ! Au lieu de se perdre dans des considérations théoriques d'une longueur et d'une obscurité désespérantes, Kœnig reste sur le terrain de la véritable clinique, fait le moins possible d'hypothèses, a le moins possible de ces idées géniales, de ces idées de très haute envergure, qui sont tellement élevées que le vulgaire les saisit à peine et qui, avouons-le en passant, ont fait parfois beaucoup de mal à la chirurgie française, parce qu'elles n'avaient pas l'observation vraie pour base.

Les parties qui se rapportent aux affections des membres, c'est-à-dire les derniers fascicules, n'ont pas l'attrait des premiers, nous le reconnaissons sans peine. Mais certains chapitres sont cependant très dignes d'attention. On sent, à chaque ligne, à chaque opération proposée, que la précaution constante de l'auteur est celle de l'antisepsie. Il ne craint pas de dire : « Oui, vous devez opérer de telle et telle façon » ; mais il ajoute, par exemple : « Le chirurgien doit avoir conscience de la responsabilité qu'il encourt s'il survient tel ou tel incident. Il est absolument responsable d'une faute d'antisepsie. » C'est avec de tels principes que la chirurgie a progressé de l'autre côté du Rhin. Il serait à souhaiter que chez nous tous les chirurgiens pensent et surtout fassent de même.

Marcel BAUDOUIN.

Anleitung zum Chemischen Arbeiten für Studirende der Medicin ; par le Dr RÖHMANN. Berlin, 1890.

M. le Dr Röhmann, privat-docent et assistant à l'Institut physiologique de Breslau, dont nous avons eu l'occasion de faire la connaissance au Congrès de Physiologie de Bâle et qui est connu par ses belles recherches sur le ferment saccharifiant du sang, vient de publier un guide pratique pour les étudiants en médecine, en ce qui concerne les recherches chimiques auxquelles ils peuvent avoir l'occasion de se livrer. La chimie physiologique est traitée par l'auteur avec une grande compétence et une réelle clarté dans l'exposition. On trouvera donc dans cet ouvrage une grande quantité de renseignements sur le suc gastrique, le suc pancréatique, la sécrétion biliaire, le lait, etc. Et ce qui fait surtout son intérêt, c'est qu'il est le résumé succinct mais complet des nombreux travaux de chimie physiologique sortis des laboratoires allemands, travaux importants, mais parfois fort difficiles à débrouiller pour ceux qui ne connaissent pas à fond cette langue, ou qui ne sont pas rompus aux pratiques si spéciales des laboratoires de chimie organique.

De belles planches microphotographiques sont adjointes au texte illustré, en outre, par des gravures nombreuses représentant les appareils les plus utiles. En outre, des tableaux synoptiques permettent au lecteur de mieux comprendre et de retenir facilement les réactifs de chaque corps étudié. Nous sommes persuadé que l'ouvrage de M. Röhmann aura, au moins en Allemagne, tout le succès qu'il mérite.

Marc. B.

© ANM

Dictionnaire de médecine à l'usage des assurances sur la vie, par le Dr Mareau. — Un volume de 450 pages (Octave Doin, éditeur).

On ne sait quel rôle important les médecins jouent dans les assurances sur la vie. Il leur faut beaucoup de sagacité, de clairvoyance pour parvenir à définir exactement, non pas seulement l'état actuel du risque, mais ce qui est autrement important et délicat, le pronostic à dégager de l'examen de l'assuré, relativement aux chances de durée normale de la vie. Les maladies ne doivent pas toujours être envisagées de la même façon en matière de médecine pure, qu'en matière d'assurance; telle maladie, sérieuse par la gêne qu'elle apporte, est souvent sans intérêt pour l'assureur; telle autre au contraire, sans apparence grave pour un certain temps, doit être impitoyablement refusée. Le livre du Dr Mareau est un véritable dictionnaire; les maladies y sont traitées par ordre alphabétique. C'est un ouvrage destiné à être consulté et non à être lu tout d'une haleine; il contient d'utiles renseignements et pourra toujours être consulté avec fruit. De chaque maladie, il existe une description sommaire, puis trois points sont examinés: I. Les assurés à recevoir; II. Les assurés à recevoir avec réserve; III. Les assurés à refuser. Il est évident que ce livre ne peut remplacer un bon traité de pathologie; il peut toutefois, et c'est là son but, servir de guide aux jeunes médecins et d'aide-mémoire aux praticiens plus âgés. G. Peltier.

Les maladies épidémiques dans le Midi; traitement préventif d'après les travaux les plus récents, par le docteur Vivant (de Monaco), Br. in-8 de 126 pages. Octave Doin, éditeur. Paris, 1890.

Le travail du docteur Vivant constitue un petit traité d'hygiène en matière de maladies épidémies. Les conquêtes scientifiques des dernières années y sont groupées, et cela à un point de vue pratique, celui de leurs applications aux maladies contagieuses les plus importantes; fièvre typhoïde, rougeole, variole, scarlatine, diphtérie, coqueluche. On y trouve un court résumé des travaux les plus importants sur la matière, et dûs à MM. Brouardel, Proust, Grancher, Ollivier, Sevestre, Chantemesse, Kock, Turner, Whitelegge, etc. De cette étude consciencieuse, on peut tirer un certain nombre de conclusions qui ne sont pas nouvelles pour les médecins qui s'occupent d'épidémiologie et qui connaissent les règles de l'antisepsie et de l'asepsie. Mais il n'est jamais inutile de répéter trop souvent les bonnes choses, et, à ce point de vue nous ferons connaître les principaux points mis en relief par l'auteur:

1° Pour la *fièvre typhoïde* et le *charbon*, la nécessité d'une eau pure pour l'alimentation et d'une canalisation d'égouts irréprochable est absolument démontrée. — Il est nécessaire de désinfecter les déjections des malades, leurs linges, les effets de literie, etc. — L'isolement, au moins en ce qui concerne la fièvre typhoïde, n'est pas indispensable.

2° Pour la *variole*, la *rougeole*, la *scarlatine*, la *diphtérie*, la *coqueluche*, l'isolement absolu est de rigueur. — Une désinfection minutieuse est de règle pour tout ce qui touche au malade et pour les personnes (parents, gardes-malades, médecins) qui ont des rapports avec lui. G. Peltier.

Annuaire de médecine pratique; par le Dr S. Guttmann. — Stuttgart. — Ferd. Enke, 1890.

L'annuaire rédigé par le Dr Guttmann, avec la collaboration de nombreux professeurs allemands et viennois, paraît au milieu de l'année et a pour but de tenir ses lecteurs au courant des principaux travaux parus dans l'année qui précède sa publication. Il ne s'agit pas d'une simple analyse bibliographique, l'élément critique intervient dans une certaine mesure, car chaque collaborateur peut laisser de côté les travaux qu'il jugera de peu d'intérêt ou de peu d'importance pour le praticien. Il résulte de ce système que la bibliographie étrangère est inévitablement sacrifiée et très incomplète.

L'ouvrage est divisé en 19 chapitres correspondant aux différentes branches de la médecine, de l'anatomie à la médecine militaire. Chaque chapitre est subdivisé en autant d'articles que comporte le sujet. Enfin, dans chacun de ces articles on trouve l'analyse sommaire des publications qui s'y rapportent. Ce plan fort simple et une table des matières très complète font de cet annuaire un ouvrage pratique et facile à consulter.

M.

VARIA

Ecole de médecine navale.

Décret qui institue une Ecole de santé de la marine à Bordeaux.

Il est créé à Bordeaux une école du service de santé de la marine qui relève du vice-amiral, commandant en chef, préfet du 4e arrondissement maritime. Cette école a pour annexes trois succursales situées dans les ports maritimes de Brest, de Rochefort et de Toulon. La constitution de l'école et de ses annexes, le mode et les conditions d'admission des élèves, le régime, la police et la discipline, l'administration et la comptabilité, l'enseignement et les programmes des concours sont déterminés par arrêtés ministériels.

Allocations. — Voici maintenant le tarif des suppléments attribués au personnel de l'école du service de santé de la marine et des trois annexes:

1° *Suppléments de fonctions.*

ÉCOLE PRINCIPALE.

Directeur	2.008,08
Sous-directeur	1.004,84
Répétiteur	606,24
Trésorier	606,24
Econome	606 »

2° *Indemnités pour frais de bureau.*

ÉCOLE PRINCIPALE.

Directeur	388,20
Sous-directeur	291 »
Trésorier	291 »

ÉCOLES ANNEXES.

Brest (président du Conseil de santé)	388,20
Rochefort (président du Conseil de santé)	291 »
Toulon (président du Conseil de santé)	388,20

Costume des élèves de l'école de santé navale. — Article 1er. Les élèves du service de santé de la marine admis, après concours, à l'école principale, portent un uniforme de petite tenue qui se compose d'une casquette, d'une redingote et d'un pantalon conformes à ceux qui sont en usage pour les médecins et pharmaciens de la marine. — Art. 2. La cuve de la casquette a comme marque distinctive un petit galon d'or de 6 millimètres de largeur et la redingote un parement en velours cramoisi pour les élèves de la ligne médicale et en velours vert clair pour les élèves de la ligne pharmaceutique. Ce parement est surmonté d'un petit galon de 6 millimètres de largeur, mi-partie or et soie rouge pour les élèves médecins et mi-partie or et soie verte pour les élèves pharmaciens. — Art. 3. Les élèves du service de santé de la marine portent l'épée sans dragone et le ceinturon de soie noire. — Art. 4. Pour le service d'hiver et le mauvais temps, les élèves du service de santé de la marine ont un caban avec pélerine mobile et capuchon du modèle réglementaire.

Demandes d'admission. — Les étudiants en médecine et en pharmacie, actuellement présents dans les écoles de médecine navale de Brest, de Rochefort et de Toulon, et liés au service militaire en vertu de l'article 29 de la loi du 15 juillet 1889 seront seuls admis, à compter du 1er novembre 1890, à l'Ecole principale du service de santé de la marine. En conséquence, il ne sera donné aucune suite aux demandes d'admission à cette Ecole formées par les étudiants en médecine et en pharmacie des Facultés civiles.

Prix de la Pension. — D'après une décision ministérielle, le taux de la pension des élèves en médecine de l'école du service de santé de la marine sera de 700 francs par an, et le prix du trousseau de 750 fr. pour la première année, 250 fr. pour la deuxième année et 300 fr. pour la troisième année. Le montant des frais de scolarité est de 1,360 francs.

Le Choléra au Comité consultatif d'Hygiène publique de France.

Dans la séance du Comité consultatif d'Hygiène publique, sous la présidence de M. Brouardel, M. Monod, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, a rendu compte de la situation, au point de vue de la défense de la France contre l'épidémie cholérique qui sévit en Espagne.

Dans le courant de la semaine 8 navires sont arrivés d'Espagne à Marseille. Ils ont été reçus au lazaret de Frioul; 267 marins, 11 passagers, 10 désinfections par l'ébouillantement et le sulfate de cuivre. A Cette: 5 navires d'Espagne, 76 marins, 5 désinfections à l'étuve; à Port-Vendres: 7 navires venant d'Espagne,

© ANM

95 marins, 9 passagers, 9 désinfections au sublimé, au soufre et au sulfate de cuivre. Dans les ports de l'Océan : 18 navires, 358 marins ou passagers, 17 opérations de désinfection. Par les voies de terre : Hendaye : 1,723 voyageurs, 349 opérations de désinfection par l'étuve ; Cerbère : 790 voyageurs, 126 opérations de désinfection par étuve. Environ 100 opérations de désinfection par l'eau bouillante ou le sublimé ont eu lieu dans les huit postes sanitaires autres que ceux des voies ferrées. Une condamnation à 10 francs d'amende a été prononcée, en exécution du décret du 17 juin 1890, contre un voyageur qui avait refusé, à son passage à la frontière, de faire la déclaration ordonnée par le décret. Ce voyageur est le curé d'une des communes des Pyrénées-Orientales. Quelques maires s'étant plaints d'être incomplètement renseignés, une circulaire en date du 23 juillet a prescrit de noter très exactement, sur les passeports sanitaires, la rue et le numéro de la maison où se rendent les voyageurs. L'administration sanitaire a obtenu de la Compagnie des chemins de fer du Midi, qui ne cesse de lui prêter le concours le plus efficace, de retarder de vingt minutes le départ du train express n° 26 *bis*, de manière à permettre la désinfection des bagages et la visite des voyageurs, sans que ceux-ci soient exposés à manquer le train.

Il semble que l'épidémie, dans la province de Valence, est notablement plus grave qu'il n'a été dit. A Castillon de Rugat, cent quatre-vingts maisons auraient été abandonnées par les habitants. — Il n'y a jusqu'ici aucun cas de choléra en France.

M. Proust, inspecteur général des services sanitaires, donne des renseignements sur les diverses localités où règne le choléra : 1° En Espagne, le choléra semble continuer à s'étendre ; 2° En Mésopotamie, la situation reste à peu près la même dans les vilayets de Diarbekir, de Bitlis, de Van. Erbsil, le grand marché d'approvisionnement des Kurdes, est à redouter (1) ; 3° A Camaran (mer Rouge), il y a eu 22 décès sur 26 cas : la maladie continue.

Le gouvernement austro-hongrois, craignant l'extension du choléra vers la Mecque, où se trouvent en ce moment un grand nombre de pèlerins (les fêtes du Baïram ont commencé le 27 et se termineront le 31), a prescrit l'envoi à Suez d'un médecin chargé de faire l'examen sanitaire des pèlerins de la Bosnie et de l'Herzégovine, avant leur retour en Europe.

M. le Dr Proust, inspecteur général des services sanitaires, est parti pour visiter les postes sanitaires installés sur la frontière des Pyrénées.

Association des Amis de l'Université de Nancy.

Le Comité provisoire de la Société en formation nous communique l'appel suivant : « L'Association que nous nous proposons de fonder sous le titre de : « Société des Amis de l'Université de Nancy » a pour but d'abord d'assurer la reconnaissance et la constitution définitive de cette Université, et ensuite de lui attirer le concours de toutes les personnes qui s'intéressent au développement et à la prospérité des établissements d'enseignement supérieur dans notre Lorraine. » Voici le projet de statuts dont il a été donné communication : Art. 1er. Il est formé, sous le titre « Société des Amis de l'Université de Nancy », une association ayant pour but la constitution et le développement d'une Université régionale à Nancy. L'accès en est ouvert à toutes les personnes qui s'intéressent à l'avenir de l'enseignement supérieur dans notre région, moyennant une cotisation annuelle *minima* de 10 francs. Les dames peuvent en faire partie. — Art. 2. Les étudiants pourront y adhérer moyennant le versement annuel d'une cotisation de 5 francs. — Art. 3. Seront souscripteurs perpétuels les membres de la Société qui auront versé une somme *minima* de 100 francs. Seront membres fondateurs ceux qui auront versé une somme *minima* de 500 francs. La Société pourra comprendre des membres d'honneur. — Art. 4. La Société sera administrée par un comité de 24 membres qui seront désignés par l'assemblée générale. Jusqu'à la réunion de l'assemblée générale chargée d'arrêter les statuts définitifs, un comité provisoire aura mission de provoquer les adhésions et souscriptions, de dresser le projet de statuts définitifs et de convoquer l'assemblée générale. Ce comité sera formé de MM. Bleicher, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie; Berheim, professeur à la Faculté de médecine ; Le Monnier, professeur à la Faculté des sciences ; Blondel, professeur à la Faculté de droit ; Pfister, professeur à la Faculté des lettres ; et Gavet, agrégé à la Faculté de droit, président d'honneur de la Réunion générale des étudiants ; lesquels s'adjoindront, dans la proportion qu'ils jugeront utile, des personnes étrangères à l'Université. — Art. 5. L'Association publiera un bulletin périodique rendant compte des principaux actes de la Société et de la vie universitaire. Ce bulletin sera envoyé aux adhérents (*Rev. méd. de l'Est*).

(1) Du 6 au 17 juillet, 20 décès.

Projet de loi sur les Universités.

Voici le texte du projet de loi sur les Universités que le ministre a soumis récemment au Sénat.

Titre Ier. — *Des Universités.* — Article 1er. Les Universités sont des établissements publics d'enseignement supérieur ayant pour objet l'enseignement et la culture de l'ensemble des sciences. Elles sont personnes civiles. Elles portent le nom des villes où elles siègent. — Art. 2. Toute Université doit comprendre au moins les quatre Facultés du droit, des lettres, de la médecine et des sciences. Il peut y être rattaché d'autres établissements d'enseignement supérieur ressortissant au ministère de l'instruction publique ou à d'autres ministères. Les conditions auxquelles se feront ces rattachements seront déterminées par des décrets rendus sur la proposition des ministres compétents, après avis du conseil de l'Université intéressée et du conseil supérieur de l'instruction publique. — Art. 3. Chaque Université sera instituée par un décret rendu en conseil d'Etat, après avis du conseil supérieur de l'instruction publique. — Art. 4. En outre des délégués attribués à chaque ordre de Facultés dans le conseil supérieur de l'instruction publique, chaque Université est représentée dans ce conseil par un délégué spécial, élu parmi les professeurs titulaires, par l'ensemble des professeurs chargés de cours, maîtres de conférences et chefs des travaux pratiques pourvus du grade de docteur. — Art. 5. Chaque Université est administrée, sous l'autorité du ministre de l'instruction publique, par le recteur de l'Académie. Le recteur exerce vis-à-vis de l'Université les pouvoirs qu'il tient, en matière d'enseignement supérieur, des lois et règlements. Il exécute les décisions prises par le conseil de l'Université, dans la limite de ses pouvoirs, conformément aux dispositions de la présente loi. — Art. 6. Il est institué, dans chaque Université, un conseil de l'Université, composé ainsi qu'il suit : Le recteur, président ; Les doyens des Facultés et, s'il y a lieu, le directeur de l'Ecole supérieure de pharmacie ; Deux professeurs titulaires de chaque Faculté et, s'il y a lieu, de l'Ecole supérieure de pharmacie, élus pour trois ans par l'ensemble des professeurs titulaires, chargés de cours, maîtres de conférences, chefs des travaux pratiques de chacun de ces établissements, pourvus du grade de docteur. Les règlements prévus au § 2 de l'article 2 détermineront, s'il y a lieu, les conditions de la représentation au conseil de l'Université des établissements autres que les Facultés, rattachées à l'Université. Le conseil élit chaque année son vice-président. — Art. 7. Le conseil de l'Université statue définitivement sur l'acceptation ou le refus des dons et legs faits à l'Université, quand ils ne donnent pas lieu à réclamation, sur l'exercice des actions en justice et sur l'administration des biens de l'Université. Il délibère sur les offres de subventions faites à l'Université par les départements, les communes, les associations et les particuliers sur les acquisitions, aliénations et échanges de biens meubles et immeubles. Il arrête, après avis de chaque Faculté ou Ecole, le tableau général des cours, conférences et exercices pratiques. Il veille à ce que ces divers enseignements comprennent ceux qui sont nécessaires pour l'obtention des grades prévus par les lois et règlements. Il arrête l'organisation des groupes d'enseignement communs à plusieurs Facultés. Il fait les règlements des cours libres. Il fait, sous réserve de l'approbation ministérielle, les règlements relatifs au mode de nomination des auxiliaires de l'enseignement. Il donne son avis sur les créations et les transformations de chaires. Il donne son avis sur les projets de budgets de l'Université et de chaque Faculté, ainsi que sur les comptes administratifs du recteur et des doyens. Il adresse chaque année au ministre un rapport sur la situation de l'Université. Il exerce, en ce qui concerne l'enseignement supérieur public et libre, les attributions contentieuses et disciplinaires conférées au conseil académique par les lois du 15 mars 1850 et du 27 février 1880. Pour les affaires disciplinaires intéressant des membres de l'enseignement supérieur libre, il est adjoint au conseil de l'Université deux membres de cet enseignement, désignés par le ministre de l'instruction publique. — Art. 8. En outre des grades prévus par les lois et règlements, les Universités peuvent délivrer des diplômes particuliers et des certificats d'études.

Les tarifs des droits afférents à ces diplômes et certificats et aux études qui y conduisent sont fixés par décrets rendus en la forme des règlements d'administration publique, après avis du conseil de l'Université. — Art. 9. Les professeurs titulaires sont nommés par décrets rendus sur la proposition du ministre de l'instruction publique, après présentations du conseil de la Faculté où la vacance s'est produite, du conseil de l'Université et de la section permanente du conseil supérieur de l'instruction publique. — Art. 10. Nul ne peut être nommé professeur titulaire s'il n'est docteur de l'une ou l'autre Faculté, ou membre ou correspondant de l'Institut, s'il n'est âgé de trente ans et s'il ne justifie d'un stage de deux ans d'enseignement dans un établissement public d'enseignement supérieur. — Art. 11. Il est établi pour chaque Univer-

© ANM

sité un budget comprenant les dépenses propres de l'Université et celles de chaque Faculté et École. Ce budget est arrêté par le ministre de l'instruction publique. Il est pourvu aux dépenses au moyen des ressources suivantes : 1° Les revenus de l'Université ; 2° Les revenus des Facultés ; 3° Les subventions des particuliers, des associations, des communes et des départements ; 4° Le produit des droits d'études et d'examens versés à l'Université par les étudiants des diverses Facultés ou Ecoles ; 5° La subvention de l'Etat. Les Universités sont tenues d'accorder les dispenses de droits d'études et d'examens prévues par les lois et règlements, notamment par les lois du 26 février 1887, du 30 mars 1888 et du 17 juillet 1889. Les agents comptables des Universités sont nommés par le ministre des finances. Le compte des opérations de recettes et de dépenses effectuées dans chaque Université sera présenté chaque année à l'appui du compte définitif des dépenses du ministère de l'instruction publique. — Art. 12. Les maires des villes, les présidents des conseils généraux des départements, les présidents des associations qui allouent des subventions aux Universités, ont entrée au conseil de l'Université avec voix délibérative dans les séances où sont discutés les projets de budgets, les comptes, les comptes administratifs et les rapports annuels sur l'état de l'enseignement. — Art. 13. Des décrets rendus sur la proposition du ministre de l'instruction publique, après avis du conseil supérieur de l'instruction publique, détermineront les dispositions particulières à chaque Université, dans la limite des dispositions générales édictées par la présente loi.

TITRE II. — *Des conseils généraux de Facultés et des conseils académiques.* — Art. 14. Dans les Académies où les Facultés ne seraient pas constituées en Universités, le conseil général des Facultés, en outre des attributions qu'il tient des décrets du 25 juillet et du 28 décembre 1885, exerce, en matière disciplinaire et contentieuse, les attributions conférées par la présente loi au conseil de l'Université. — Art. 15. A dater de la promulgation de la présente loi, le conseil académique cessera de comprendre des représentants de l'enseignement supérieur. Il comprendra : Un professeur titulaire des lycées pour chaque ordre d'agrégation élu dans les conditions déterminées par la loi du 27 février 1880 ; Un maître des classes élémentaires des lycées, pourvu du certificat d'aptitude à ces classes, élu par les maîtres des classes élémentaires pourvus du même certificat ; Un maître répétiteur titulaire pourvu du grade de licencié, élu par l'ensemble des maîtres répétiteurs titulaires des lycées et des collèges. Le conseil de l'Université, le conseil général des Facultés et le conseil académique se réunissent, sur la convocation du recteur, pour délibérer en commun sur les questions qui intéressent à la fois l'enseignement supérieur et l'enseignement secondaire.

Projet de décret sur le Baccalauréat de l'Enseignement secondaire classique.

Voici le texte du projet de décret sur le baccalauréat de l'enseignement secondaire classique, qui a dû être récemment discuté par le Conseil supérieur de l'instruction publique, et qui a déjà été approuvé par la section permanente de cette assemblée.

TITRE Ier. — *Dispositions générales.* — Article 1er. Les baccalauréats ès lettres, ès sciences, ès sciences restreint pour la partie mathématique sont supprimés. Il est institué un baccalauréat de l'enseignement secondaire classique. — Art. 2. Les diplômes sont conférés par le ministre de l'instruction publique après des examens subis au siège des Facultés devant des jurys composés de membres de la Faculté des sciences et de la Faculté des lettres. — Art. 3. Les épreuves du baccalauréat sont les unes écrites, les autres orales. Les épreuves écrites sont éliminatoires. — Art. 4. Le bénéfice de l'admissibilité aux épreuves orales, après un échec à ces épreuves, est acquis aux candidats pour l'année suivante, à la condition qu'ils se présentent pour réparer leur échec, devant la Faculté où ils l'ont subi. — Art. 5. L'ajournement, soit après les épreuves écrites, soit après les épreuves orales, est prononcé après délibération du jury. — Art. 6. Les candidats peuvent produire, en se faisant inscrire, un livret scolaire établi dans les formes qui seront prescrites par un arrêté ministériel. Cette production n'est autorisée que devant les Facultés dans le ressort desquelles se trouve l'établissement auquel appartient le candidat. Dans l'Académie de Chambéry, les livrets scolaires pourront être produits devant les Facultés de Lyon et de Grenoble. — Art. 7. Après examen des livrets, les jurys, au moment où ils se prononceront sur l'admissibilité aux épreuves orales, attribuent à chaque candidat un nombre de points variant de zéro au tiers du nombre total des points nécessaires pour la délivrance du certificat d'aptitude, et entrant en compte dans le total des points. — Art. 8. Pour les épreuves écrites, sauf pour la version latine, il est donné trois sujets différents, entre lesquels les candidats ont le droit de choisir. — Art. 9. Tout candidat qui, sans excuse jugée valable par la Faculté, ne répond pas à l'appel de son nom le jour qui lui a été indiqué, est renvoyé à une autre session et perd le montant des droits d'examen qu'il a consignés.

TITRE II. — *Des épreuves.* — Art. 10. Les épreuves sont divisées en deux parties. — Art. 11. Nul ne peut, sauf le cas de dispense, se présenter aux épreuves de la première partie s'il n'est âgé de seize ans révolus. — Art. 12. Nul ne peut se présenter aux épreuves de la deuxième partie qu'un an après avoir subi avec succès celles de la première partie. Aucune dispense ne sera accordée. L'intervalle compris entre la session d'octobre-novembre et celle de juillet-août compte pour une année. — Art. 13. Les épreuves de la première partie sont : Epreuve écrite : une version latine. Epreuves orales : 1° L'explication d'un texte grec ; 2° L'explication d'un texte latin ; 3° L'explication d'un texte français. Ces textes sont choisis par l'examinateur dans les ouvrages inscrits aux programmes des classes de troisième, de seconde et de rhétorique des lycées ; 4° L'explication d'un texte de langue vivante suivie d'uc thème oral et d'un entretien ; 5° Une interrogation d'histoire et de géographie d'après le programme de la classe de rhétorique ; 6° Une interrogation sur les éléments de mathématiques d'après le même programme. — Art. 14. Les candidats à la deuxième partie peuvent choisir au moment de leur inscription entre les séries suivantes d'épreuves.

Première série. — Épreuve écrite : Une dissertation française sur un sujet de philosophie. — Epreuves orales : 1° Une interrogation sur la philosophie, l'histoire de la philosophie et les auteurs philosophiques ; 2° Une interrogation sur l'histoire contemporaine ; 3° Une interrogation sur les éléments de la physique et de la chimie. Les épreuves de cette série ont pour base le programme de la classe de philosophie.

Deuxième série. — Epreuves écrites : Une composition de mathématiques. — Epreuves orales : 1° Une interrogation sur les parties des mathématiques dans lesquelles n'ont pas été pris les sujets de la composition écrite ; 2° Une interrogation sur la physique ; 3° Une interrogation sur la chimie ; 4° Une interrogation sur l'histoire contemporaine. Les épreuves de cette série ont pour base le programme de la classe de mathématiques élémentaires des lycées.

Troisième série. — Épreuve écrite : Une composition de physique et de chimie. — Epreuves orales : 1° Une opération élémentaire de physique, avec explication ; 2° Une opération élémentaire de chimie avec explication ; 3° Une préparation d'histoire naturelle avec explication ; 4° Une interrogation sur l'histoire contemporaine. Un règlement ultérieur déterminera les programmes et les conditions spéciales de cette série. — Art. 15. Le diplôme est délivré sur la production de deux certificats d'aptitude correspondant, l'un à la première partie, l'autre à la seconde partie des épreuves. — Art. 16. Sont inscrites sur les diplômes les mentions suivantes : 1re série. Philosophie. — 2e série. Mathématiques. — 3e série. Sciences physiques.

TITRE III. — *Dispositions transitoires.* — Art. 17. Les dispositions du présent décret seront applicables à dater de la session de juillet-août 1891, sauf en ce qui concerne la troisième série de la seconde partie. — Art. 18. Les candidats de l'ancien baccalauréat ès lettres ayant échoué antérieurement à la session de juillet-août 1891 pourront opter entre l'ancien et le nouveau régime des épreuves jusqu'à la session de novembre 1892 inclusivement. Il pourra être délivré des diplômes de bachelier ès sciences jusqu'à la session de novembre 1893 inclusivement et des diplômes de bachelier ès sciences restreint jusqu'à la mise en vigueur des dispositions relatives à la troisième série de la deuxième partie. — Art. 19. Sont abrogées toutes les dispositions des décrets antérieurs contraires au présent décret. — Art. 20. Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts est chargé de l'exécution du présent décret.

Une Famille empoisonnée.

« Vendredi 20 juin, les sœurs d'un établissement de bienfaisance, voisin de l'habitation d'un nommé Jourdan, facteur rural, demeurant rue des Bas-Bourgs, père de cinq enfants, envoyaient à ces malheureux un plat de chevreau, qui avait été mis dans un vase en fer étamé. La mère et les quatre plus âgés des enfants en mangèrent le lendemain samedi, et, sauf un peu de malaise ressenti par la mère, il n'y eut rien d'anormal ce jour-là.

« Le dimanche, un second repas eut lieu et, dans la nuit suivante, des symptômes d'empoisonnement se produisirent. *Malheureusement, le médecin ne fut pas appelé tout de suite*, et c'est seulement dans l'après-midi de lundi que M. le docteur Amiot fut mandé. Il fit transporter aussitôt toute la famille à l'hôpital. Des contre-poisons énergiques furent administrés et quelques heures plus tard on croyait le mal enrayé ; mais vers deux heures du matin, un premier enfant, Auguste, âgé de neuf ans, succombait, et, à cinq heures, un second, Louis, mourait également. On désespère presque de sauver le troisième, âgé de treize ans.

© ANM

« Le parquet et M. le commissaire de police se sont rendus à l'hospice et une enquête est ouverte. On n'a pas encore découvert la cause de cet empoisonnement. Le mari, absent pour son service, n'avait pas mangé de cette viande. »

Si un tel accident était dû à une distribution analogue faite par des surveillantes laïques, on en tirerait argument contre elles. Nous enregistrons le fait comme document, nous bornant à relever seulement que les religieuses, qui font à la fois la médecine et la chirurgie, ont eu tort de se fier à leur science et de ne pas faire appeler de suite un médecin.

FORMULES

VI. — Mode d'administration de la Kola (Chocolat de Kola) (Douteau).

VI. — Par ce temps de Kolaïsme à outrance, on nous saura gré d'indiquer un nouveau mode d'administration de ce médicament, aussi simple que facile à se procurer. Au lieu de galettes, vin, extraits, etc., on peut se contenter tout simplement de faire de la Kola ce que l'on fait du cacao, c'est-à-dire purement et simplement un chocolat. En incorporant dans un mortier chauffé de la noix de kola pulvérisée, du beurre de cacao et du sucre et en aromatisant, on obtient de véritables tablettes, très faciles à doser comme médicament actif. Voici les proportions de ce chocolat de Kola :

Kola pulvérisé.	60	grammes.
Beurre cacao	40	—
Sucre vanillé	60	—

En divisant en 60 pastilles, chacune correspond à 1 gramme poudre de kola.

Le beurre de cacao ajouté doit aussi agir comme corps gras, c'est-à-dire aliment respiratoire et venir renforcer l'action propre de la Kola De plus la préparation obtenue est très agréable, aussi agréable que le chocolat. Elle fond rapidement à la bouche, peut s'emporter facilement dans la poche, en cas de course ou de voyage (1).

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 20 juillet 1890 au samedi 26 juillet 1890, les naissances ont été au nombre de 1089 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 403 ; illégitimes, 159, Total, 562. — *Sexe féminin :* légitimes, 388 ; illégitimes, 139, Total, 527.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 20 juillet 1890 au samedi 26 juillet 1890, les décès ont été au nombre de 860 savoir : 475 hommes et 385 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 7, F. 6, T. 13. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 24, F. 22, T. 46. — Scarlatine : M. 1, F. 2, T. 3. — Coqueluche : M. 4, F. 1, T. 5. — Diphthérie, Croup : M. 15, F. 13, T. 28. — Choléra : M. 00, F. 00, T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 86, F. 58, T. 144. — Autres tuberculoses : M. 13, F. 8, T. 21. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 5, T. 6. — Tumeurs malignes : M. 19, F. 27, T. 46. — Méningite simple : M. 17, F. 15, T. 32. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 19, F. 15, T. 34. — Paralysie : M. 1, F. 4, T. 5. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 4, T. 8. — Maladies organiques du cœur : M. 19, F. 29, T. 48. — Bronchite aiguë : M. 3, F. 9, T. 12. — Bronchite chronique : M. 8, F. 10, T. 18. — Broncho-Pneumonie : M. 16, F. 9, T. 25. — Pneumonie : M. 19, F. 13, T. 32. — Gastro-entérite, biberon M. 33, F. 30, T. 63. — Gastro-entérite, sein : M. 8, F. 4, T. 12, — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 2, F. 1, T. 3. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 7, T. 7. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 3. T. 3. — Débilité congénitale : M. 13, F. 9, T. 22. — Sénilité : M. 5, F. 7, T. 12. — Suicides : M. 26, F. 5, T. 31. — Autres morts violentes : M. 8. F. 1, T. 9. — Autres causes de mort : M. 28, F. 64, T. 162. — Causes restées inconnues : M. 6, F. 4, T. 10.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 80, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 37, illégitimes, 15. Total : 52. — *Sexe féminin :* légitimes, 20 ; illégitimes, 8. Total : 28.

Faculté de médecine de Paris. — *Prix Béhier.* — Le doyen de la Faculté de médecine de Paris est autorisé à accepter, au nom de la Faculté, le legs fait par la dame veuve Béhier, d'une somme de 30,000 francs pour la fondation d'un prix biennal. Ce prix portera le nom de *Prix Béhier* et sera décerné au meilleur travail sur une question de pathologie médicale.

(1) Cette recette est due à notre ami, M. Douteau, pharmacien, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Nantes.

Faculté de médecine de Lyon. — Les concours pour les divers clinicats se sont terminés par les nominations suivantes : Médecine : M. Paliard. — Chirurgie : M. Charles Audry. — Ophtalmologie : M. Rossigneux. — Maladies mentales : M. Royet. — Maladies syphilitiques et cutanées : M. Bernard.

Ecole de Médecine d'Angers. — Par arrêté, l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers est autorisée à jouir des droits conférés aux Ecoles préparatoires réorganisées par l'article 13 du décret du 1er août 1883.

Ecole de Médecine de Tours. — Par arrêté du ministre de l'Instruction publique, un concours s'ouvrira le 3 mars 1891, devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours.

Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences. — M. Friedel, membre de l'Institut, professeur à la Faculté des sciences de Paris, est chargé de représenter le Ministère de l'Instruction publique et des Beaux-Arts au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, qui se tiendra à Limoges, du 7 au 14 août 1890.

Distinctions honorifiques. — Le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, vu le décret du 24 décembre 1855, arrête : Sont nommés ou promus *Officiers de l'Instruction publique* : MM. Chambard (E.-N.), docteur en médecine à Lyon, médecin-inspecteur des écoles. Dufour (A.), docteur-médecin, maire d'Alzon, délégué cantonal, médecin inspecteur des Ecoles. Dieuzaide (M.-P.-A.), docteur-médecin, délégué cantonal, conseiller municipal et conseiller d'arrondissement à Lectoure (Gers). Delatouche, docteur-médecin, délégué cantonal, médecin en chef des hospices de Fougères (Ille-et-Vilaine). Demontporcelet (J.-G.), médecin-inspecteur des écoles de la ville de Paris, médecin du bureau de bienfaisance du IVe arrondissement de Paris. Dutremblay (J.-B.-L.), docteur-médecin à Paris, fondateur du dispensaire des enfants malades du XVIe arrondissement; publications relatives à l'hygiène de l'enfance. Dignat (Paul-B.), doct.-méd. à Paris; publications relatives aux sciences médicales. Espagne, docteur-médecin à Montpellier, médecin du bureau de bienfaisance. Fronty, docteur-médecin, maire de Felletin (Creuse). Foucher (O.-G.), docteur-médecin et délégué cantonal à Chinon (I.-et-L.), membre du Conseil départemental d'hygiène. Foucher (L.-A.-O.-S.), docteur-médecin à Saint-Mandé (Seine), inspecteur médical des écoles de Vincennes. Finance (de) (A.-F.-L.), docteur-médecin à Paris; publications médicales; lauréat de la Faculté de médecine. Fournier (H.-C.), docteur-médecin à Paris, professeur à l'Union des femmes de France. Fouque (A.-M.), docteur-médecin à Paris; publications médicales. Favette (J.), docteur-médecin, inspecteur des écoles, à Saint-Bel (Rhône). Filhol (le Dr), sous-directeur du laboratoire de zoologie à l'Ecole pratique des Hautes-Etudes. Friess (de) (C.), médecin du gouvernement français à Jérusalem. Grellot, docteur-médecin, délégué cantonal à Giromagny (territoire de Belfort). Guérineau, docteur-médecin, maire, délégué cantonal de Levroux (Indre), membre du Conseil d'hygiène départemental. Guyot (L.-B.), docteur-médecin, conseiller général, vice-président de la délégation cantonale, médecin-inspecteur des écoles de Calais. Guillemaut (F.), docteur en médecine, médecin des collèges de garçons et de filles de Louhans (Saône-et-Loire). Gisclard (H.-H.), docteur-médecin, maire de Lagrave (Tarn), délégué cantonal. Gilès (J.-L.-P.-M.-A.), agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier. Guillaume (L.-A.), médecin de l'école normale d'institutrices de Chaumont (Haute-Marne). Hudelo (L.-L.-A.), docteur-médecin à Paris, membre de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle. Hoël, docteur-médecin, médecin de l'Hôtel-Dieu de Reims. Houdoux, docteur-médecin à Château-du-Loir (Sarthe). Joubert (H.), docteur-médecin, délégué cantonal, maire de Saint-Domineuc (Ille-et-Vilaine). Le Bourdellès (Ch.-L.-F.-M.), docteur-médecin à Pommerit-le-Vicomte (Côtes-du-Nord), délégué cantonal. Landais (E.-J.-C), médecin, président de la délégation cantonale à Mont-sur-Meu (Ille-et-Vilaine). Lenoir, docteur-médecin, maire de Sionville, (Manche), délégué cantonal, médecin-inspecteur des écoles. Legallois (A.-M.-X.), docteur-médecin, à la Ferté-Macé (Orne), inspecteur médical des écoles. Lacoste (J.-M.), docteur-médecin, maire de la commune d'Ibos (Hautes-Pyrénées). Legroux (E.), docteur-médecin à l'hospice d'Albert (Somme), délégué cantonal. Lehmann (Ch.), docteur-médecin, président de l'Association polytechnique de Clichy. Langenhagen (de) (René-A.), docteur-médecin à Paris; publications scientifiques. Labat (L.), docteur-médecin à Nérac (Lot-et-Garonne). Legrain (M.-P.), docteur en médecine, médecin à l'Asile de Vaucluse (S.-et-O.). Morice (G.), docteur-médecin consultant inscrit aux thermes de Néris-les-Bains (Allier). Mornet (M.), pharmacien en chef des hospices de Bourges (Cher), secrétaire du Conseil central d'hygiène et de salubrité. Moulins (Eugène-H.-T.), docteur-médecin à Argental (Corrèze),

© ANM

délégué cantonal. Martelli (Ch.), docteur-médecin, adjoint au maire de Rugles (Eure), président de la délégation cantonale. Morel (L.-C.), docteur-médecin, ancien député, ancien maire du Puy (Haute-Loire), président de l'association des anciens élèves du lycée et de l'école normale d'institutrices. Monnet (L.-E.), docteur-médecin, médecin du bureau de bienfaisance du XIII[e] arrondissement, professeur à l'Association des dames françaises. Mazars (J.-P.-J.), médecin des écoles du canton de Sceaux, à Bourg-la-Reine. Meuriot (André-J.), docteur-médecin, directeur de la maison de santé du docteur Blanche, chevalier de la Légion d'honneur. Maneuvrier (F.-G.), sous-directeur du laboratoire des recherches physiques à la Faculté des sciences de Paris. Maury (P.), ancien préparateur de botanique à l'Ecole pratique des Hautes-Etudes. Monnaye (Ch.-C.), médecin en chef du lycée de Cherbourg. Nepveu (G.-J.-E.), professeur à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Marseille. Ollé (V.-M.-D.-J.), docteur-médecin à Saint-Gaudens (Haute-Garonne), médecin-inspecteur des écoles. Ornières, docteur en médecine, résident français aux îles Comores. Peyrot-Desgachons (H.-G.-J.), pharmacien, maire de la ville du Blanc. Peton, docteur-médecin, membre du bureau d'administration des collèges de garçons et de filles de Saumur (Maine-et-L.), délégué cantonal, inspecteur médical des écoles, membre de la Ligue de l'enseignement. Planès (A.-A.-E.), docteur-médecin du bureau de bienfaisance du V[e] arrondissement. Pfeiffer (G.-G.), docteur-médecin, à Paris; publications scientifiques. Pinel (Ch.-P.), docteur-médecin légiste des conseils de Prud'hommes de la Seine; publications médicales. Pégond (Marie-F.-J.-A.), professeur suppléant à l'Ecole supérieure de médecine et de pharmacie de Grenoble. Perret (F.-C.-S.), agrégé près la Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon. Philippon (P.-L.-G.), répétiteur de physique à la Faculté des sciences de Paris. Piéchaud (A.-L.-T.-N.), agrégé près la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux. Pilliet (A.-H.), ancien préparateur d'histologie zoologique à l'Ecole pratique des Hautes-Etudes, interne des hôpitaux, préparateur à la Faculté de médecine. Quenille (F.-C.), pharmacien, adjoint au maire de Neuvic (Corrèze), délégué cantonal. Rioms (L.), médecin de l'hôpital d'Eymet (Dordogne), secrétaire de la délégation cantonale. Rueff (A.), docteur, médecin-adjoint du dépôt de la préfecture de police, délégué cantonal. Ramarom (A.-V.), docteur-médecin, conseiller municipal, à Bastia (Corse). Roustan, médecin-chef de l'hôpital de Grasse (Alpes-Maritimes). Rigal (Arm.-H.), pharmacien de 2[me] classe de la marine. Rietsch (M.), professeur à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Marseille. Rigaut (Alb.-L.), préparateur de chimie à la Faculté des sciences de Paris. Solles (E.-M.), médecin des hôpitaux de Bordeaux et de l'école normale d'institutrices de la Gironde; publications médicales. Schmidt (E.), pharmacien de 1[re] classe à Paris, professeur à l'Union des femmes de France. Sollier (Paul), interne à la Salpétrière, professeur à l'école d'infirmiers et d'infirmières de Bicêtre, publications médicales. Schmitt (M.-F.-A.), médecin-major, chef de service au 20[e] escadron du train des équipages militaires, à Versailles. Santi (de), médecin-major au régiment des sapeurs-pompiers de la ville de Paris. Sée (Lazare), médecin de l'école normale d'instituteurs de la Seine, Témoin (D.-P.-H.), chirurgien de l'Hôtel-Dieu, à Bourges (Cher). Tissot (J.), docteur en médecine, médecin-adjoint aux hôpitaux de Chambéry (Savoie). Teissier, docteur-médecin à Paris, professeur d'hygiène à l'Ecole des gardes-malades et ambulancières. Tillot (E.-A.), docteur, ancien interne des hôpitaux, ancien président de la Société d'hydrologie médicale, correspondant de l'Acacémie de médecine. Trotignon (J.-J.), médecin du collège d'Issoudun. Verneuil (F.-M.), docteur, maire de la Tremblade (Charente-Inférieure), président de la délégation cantonale, conseiller général. Yersin. (A.), préparateur du laboratoire de microbie technique à l'Institut Pasteur. Wickham (E.-F.-R.), docteur-médecin, secrétaire de la Société de médecine; nombreuses publications scientifiques.

Légion d'honneur. — Sont nommés, à l'occasion du 14 juillet, *chevaliers de la Légion d'honneur*, M. le D[r] Obissier, médecin du ministère des Travaux publics. MM. les D[rs] Bodros, Vidal, Gorsse, Duchand, Jéloux, Fournier, Gobillot, Gouell, Marschal, Cluzaut, Antony, Jacquin, Eude, Barthe, Pommay, Guichet, Pongis, Arnold, médecins militaires; MM. les D[rs] Barbier (Luzarches), Zeller (Remiremont), Ménard; M. Joulie, pharmacien; MM. les D[rs] Bodet, Duplouy, Lidin, Barrème, Aranis, Couteaud, médecins de la marine.

Officiers de la Légion d'honneur. — M. le D[r] Gillet de Grandmont, médecin oculiste consultant des maisons d'éducation de la Légion d'honneur. — M. le D[r] de Villiers, médecin en chef honoraire des Chemins de fer de Lyon. — MM. les D[rs] Bablon, Bichon, Fournier, Feuvrier, médecins militaires; M. le D[r] Michel, médecin de la marine.

Commandeurs de la Légion d'honneur. — M. le D[r] Emery-Desbrousses, médecin principal. — M. le D[r] Dugé de Bernonville, médecin de la marine.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE DE BERLIN. — *Délégation du Ministère de l'Instruction publique.* — Le Ministre de l'Instruction publique a constitué d'une façon définitive la délégation qui doit se rendre au Congrès international de médecine de Berlin. M. Bouchard, membre de l'Académie de médecine de Paris, professeur à la Faculté de médecine, a été nommé président de la délégation, qui est composée de MM. les D[rs] Marcel Baudouin, ancien interne en chirurgie des hôpitaux, secrétaire de la rédaction du *Progrès Médical*; A. Berlioz, ancien chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris; Bouchut, membre de l'Académie de médecine; Chantemesse, professeur agrégé à la même Faculté; Gellé; Javal, membre de l'Académie de médecine; Josias, médecin des hôpitaux; Gley, prof. agrégé à la Faculté de médecine; Lacassagne, professeur à la Faculté de médecine de Lyon; Le Fort, membre de l'Académie de médecine; Leloir, professeur à la Faculté de médecine de Lille; Magitot, membre de l'Académie de médecine; Moure, professeur libre de laryngologie, otologie et rhinologie à Bordeaux; Netter, médecin des hôpitaux; Nicaise, chirurgien des hôpitaux; Proust, inspecteur général des services sanitaires; Ch. Richet, membre de l'Académie de médecine; Valude, médecin-adjoint de la clinique des Quinze-Vingts; Vignes, médecin oculiste.

LA DÉFENSE CONTRE LE CHOLÉRA. — M. le D[r] Proust, inspecteur général des services sanitaires, qui devait faire partie de la délégation envoyée au Congrès de Berlin, ne pourra se rendre à Berlin. Il est en effet chargé d'inspecter, dans les premiers jours du mois d'août, les différents postes de surveillance sanitaire établis tant à la frontière franco-espagnole que dans les principaux ports du littoral.

LE CHOLÉRA AU CONSEIL D'HYGIÈNE DE LA SEINE. — Dans la dernière séance du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, M. le D[r]-Dujardin-Beaumetz a donné lecture d'un rapport sur les mesures qu'il y aurait lieu de prescrire dans le cas où une épidémie cholérique se déclarerait à Paris. Ce rapport débute par la déclaration suivante parue au *Bulletin municipal officiel* : M. le rapporteur constate d'abord que l'état sanitaire de la ville de Paris et du département de la Seine est aussi satisfaisant que possible en ce moment, et il ajoute que tout fait présumer que, grâce aux mesures énergiques prises, l'épidémie cholérique restera confinée dans son foyer même. M. Dujardin-Beaumetz rappelle que les mesures prophylactiques prises lors de l'épidémie cholérique de 1884 ont permis d'éteindre presque sur place et avec une extrême promptitude cette épidémie commençante; il importe actuellement de faire mieux encore et il faut pour cela profiter des progrès réalisés depuis cette époque par l'antisepsie médicale.

LA MORTALITÉ DANS LE CORPS MÉDICAL. — Le *Medical Record* publie un travail du D[r] Birnbaum, relativement à la mortalité dans le corps médical. Voici quelques-uns des chiffres cités par l'auteur. L'âge qui donne le plus de docteurs est 27 ans. La moitié du chiffre total a moins de 40 ans et les trois quarts moins de 50 ans. La disparition est la moins marquée entre 50 et 60 ans, et la plus prononcée entre 60 et 70 ans. La conclusion c'est que les médecins doivent se garder de tout surmenage après 60 ans. D'une façon relative, c'est entre 43 et 44 ans que les médecins meurent le moins. Les médecins n'atteignent pas un âge fort avancé aussi souvent que la moyenne de la population ordinaire. Sur 15,000 personnes de toutes classes ayant atteint l'âge de 25 ans, 30 environ dépasseront 95 ans, et 180, 90 ans. Sur 15,000 médecins de Birnbaum, aucun n'a atteint 94 ans.

MISSIONS SCIENTIFIQUES. — M. le D[r] PICQUÉ, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, est chargé d'une mission en Allemagne, Russie, Autriche et Turquie, à l'effet d'y étudier l'organisation de la chirurgie. — M. le D[r] Georges GAILLARD, lauréat de la Faculté de médecine, dentiste des hôpitaux, est chargé d'une mission en Allemagne à l'effet d'y étudier l'organisation de l'odontologie. — M. DUTREUIL DE RHINS est chargé d'une mission d'exploration scientifique dans la Haute-Asie.

MÉDECINS CONSEILLERS D'ARRONDISSEMENT. — Le D[r] Robert HALMAGRAND vient d'être élu conseiller d'arrondissement pour le canton Ouest d'Orléans.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE DE PARIS. — *Excursion géologique.* — M. Stanislas MEUNIER, docteur ès sciences, aide naturaliste, fera, du 3 au 10 août 1890, une excursion géologique publique aux environs de Saint-Etienne et du Puy-en-Velay, et spécialement aux mines de houille de Grand'Croix et dans le massif du Mézenc. Le rendez-vous est à Paris, à la gare de Lyon, où l'on prendra, à 8 h. 45 m. du matin, le train pour Saint-Etienne. — Une réduction de 50 0/0 sur le prix des places, en chemin de fer, sera accordée aux personnes qui s'inscriront au Laboratoire de Géologie avant le 1[er] août, à 4 heures du soir. On trouvera,

© ANM

au Laboratoire, tous les renseignements relatifs à l'excursion, et spécialement un programme imprimé donnant les détails de l'itinéraire.

LES FRAIS DE DERNIÈRE MALADIE DANS LE CAS DE FAILLITE. — Le médecin n'a de privilège que pour les frais de la maladie dont le malade est mort. Il n'en a pas si le débiteur a survécu et s'il est tombé en faillite. Un jugement rendu au profit du Dr Benoist (de Saint-Nazaire), tend à modifier cette jurisprudence. Le Dr Benoist, ayant un client en faillite, avait présenté la note de ses honoraires au liquidateur en demandant à figurer au nombre des créanciers privilégiés. Celui-ci avait refusé, et le Dr Benoist, qui avait poursuivi l'affaire devant les tribunaux, a obtenu gain de cause. Le Tribunal..., considérant..., statuant en matières commerciales et en dernier ressort, admet le Dr Benoist comme créancier de la faillite Danard pour 236 francs: dit que sur cette somme il sera colloqué par privilège aux termes de l'article 2101 concernant les frais de dernière maladie, par celle de 150 francs et au marc le franc pour le surplus; dit que les dépens seront supportés par la faillite. (*Lyon Médical.*)

NOMINATIONS DIVERSES. — M. Raoul, pharmacien principal de la marine, est nommé membre du conseil supérieur des colonies (4e section : Inde française, Nouvelle-Calédonie, Taïti, Mayotte, etc.).

RÈGLEMENT DE LA PROSTITUTION A PARIS. — Le Conseil municipal a émis le vœu suivant : « Il sera ouvert un asile sanitaire dans lequel seront envoyées les femmes reconnues malades par les médecins du dispensaire municipal. Cet asile ne pourra être, ni comme emplacement, ni comme régime, confondu avec la prison de Saint-Lazare, ni avec aucun autre établissement pénitentiaire. Il y a lieu de fonder, pour les filles mineures en état de vagabondage immoral, originaires du département de la Seine, un établissement spécial, qui devra être rattaché au service des moralement abandonnées. Une infirmerie pourra y être annexée et devra recevoir les filles mineures se livrant d'habitude à la prostitution et reconnues atteintes de maladies vénériennes. »

SOCIÉTÉ D'HYGIÈNE. — *Prix.* — La Société française d'Hygiène décernera, en 1891, une médaille d'or de 200 fr., une médaille d'argent, et deux médailles de bronze, aux auteurs des meilleurs mémoires sur la question suivante : « *Exposer les soins à donner, avant l'arrivée du médecin, aux personnes victimes d'accidents sur les voies publiques ou dans les travaux industriels.* » Pour renseignements détaillés, les concurrents sont priés de s'adresser au bureau de la Société, 30, rue du Dragon, Paris.

UNIVERSITÉ A DIJON. — Le Conseil général des Facultés de l'Académie de Dijon, statuant sur le vœu présenté par le doyen de la Faculté de droit, M. Villequez, tendant à ce que, dans le cas où des universités régionales seraient créées, Dijon soit désigné comme siège de l'une d'elles, a approuvé ce vœu à l'unanimité et l'a transmis au ministre de l'Instruction publique.

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER. — Le Conseil général de Montpellier, réuni en séance privée, a décidé que cinq de ses membres partiraient pour Paris, porteurs d'une adresse au Président de la République et au Gouvernement. Le Conseil d'arrondissement, réuni hors session, a rédigé une protestation contre la violation des intérêts universitaires dont Montpellier est le centre dans la région du Midi.

NÉCROLOGIE. — Par erreur, dans notre dernier numéro, nous avons annoncé la mort de M. le Dr Pénard (de Rochefort) ; c'est M. le Dr PÉNARD (de Versailles) qui vient de mourir. M. Pénard (de Versailles) était bien membre de l'Académie de Médecine depuis 1881 et l'auteur de travaux de médecine légale estimés ; il était, en outre, chevalier de la Légion d'honneur. — M. CENSIER, directeur honoraire de la Maison de santé des Allées-de-Garonne. — M. le Dr Charles POTHIER-DUPLESSY, ancien médecin principal de 1re classe, ancien médecin en chef de l'hôpital militaire de Bordeaux, décédé le 17 juillet à Sablet (Vaucluse), à l'âge de 69 ans. — M. le Dr COULIER, pharmacien-inspecteur, membre du Conseil de santé des armées, en retraite, ancien professeur à l'Ecole du Val-de-Grâce, commandeur de la Légion d'honneur, vient de mourir au château de Lanau (Loiret), dans sa soixante-sixième année. — M. le Dr ROLLIN, ancien interne des hôpitaux de Paris, décédé cette semaine.

Phthisie, Bronchites chroniques. —EMULSION MARCHAIS.

Phthisie. VIN DE BAYARD à la peptone phosphatée, le plus puissant reconstituant de la thérapeutique. Une à deux cuillerées par repas.

Dyspepsie. — VIN DE CHASSAING. —*Pepsine.* — *Diastase.*

Dyspepsie. Anorexie. — Ces états pathologiques si fréquents et qui compromettent si gravement la nutrition, sont rapidement modifiés par l'Elixir et pilules GREZ Chlorhydro-pepsiques (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.

Albuminate de fer soluble (LIQUEUR DE LAPRADE) le plus assimilable des ferrugineux (Pr Gubler). Une cuillerée à chaque repas. Chlorose et troubles de la menstruation, c'est le fer gynécologique par excellence.

Précieuse. Source de **VALS**, très efficace contre les affections du **Foie** et de la **Vessie**. (Calculs, Gravelle, Diabète, Goutte, etc.) *Prescrite par les Médecins des Hôpitaux de Paris.*

AVIS A MM. LES AUTEURS ET ÉDITEURS

Le PROGRÈS MÉDICAL rappelle à MM. les Auteurs et Editeurs que les ouvrages dont il sera reçu deux exemplaires seront annoncés au Bulletin Bibliographique et analysés, s'il y a lieu ; ceux dont il ne sera reçu qu'un exemplaire seront simplement annoncés.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie F. ALCAN,
108, boulevard Saint-Germain.

FÉRÉ (Ch.). — Les épilepsies et les épileptiques. Volume in-4 de 636 pages, avec 12 planches photographiques dans le texte. — Prix . . . . . 20 fr.

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

FALRET (J.). — Les aliénés et les asiles d'aliénés (Assistance, législation et médecine légale). Vol. in-8 de 564 pages. Prix : 8 fr.

Librairie G. CARRÉ
58, rue Saint-André-des-Arts, 58.

COÜETTOUX, THOMAS et GOGUILLOT. — De la surdité chez l'enfant et l'adulte au point de vue médical, pédagogique, légal, tutélaire. Brochure in-8 de 75 pages.

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

AGOSTINI (G. de). — Influenza e paralisi vasali (Considerazioni pratiche). Brochure in-8 de 23 pages. — Torino, 1890. — Tipografia G. Bruno.

DUHOURCAU (E.). — L'inhalation et le humage dans diverses stations thermales et principalement à Cauterets. Brochure in-8 de 78 pages. — Paris, 1890. — Imprimerie F. Levé.

GRATIA. — Du raccourcissement de l'intestin dans la cirrhose atrophique du foie ; sa pathogénie, ses conséquences pour la digestion et pour la circulation. Brochure in-8 de 9 pages. — Bruxelles, 1890. — Imprimerie F. Hayez.

HAIG (A.). — The formation and excretion of uric acid as elucidating its action in the causation of disease. Volume in-8 de 363 pages, avec figures dans le texte. — New-York, 1890. — Wood et Cy.

Librairie A. MANCEAUX,
12, rue des Trois-Têtes, à Bruxelles.

LAUWERS (E.). — Pathologie et traitement des myomes de l'utérus. Brochure in-8 de 48 pages, avec 15 figures.

SCHROEDER (C.). — Maladies des organes génitaux de la femme. Traduit de l'allemand sur la 7e édition, par Lauwers, avec une préface par Eug. Hubert. Volume in-8 de 572 pages. — Prix. 18 fr.

Librairie G. STEINHEIL,
2, rue Casimir-Delavigne, 2

GARNIER (R.). — Des abcès chauds (Pathogénie et traitement antiseptique). Brochure in-8 de 60 pages.

TISSIER (P.). — Essai sur la pathologie de la sécrétion biliaire (Etude chimique, expérimentale et clinique). Volume in-8 de 157 pages.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

© ANM

18e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XII. N° 32. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 9 AOUT 1890.

Le Progrès Médical

CLINIQUE NERVEUSE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. **J.-M. CHARCOT.**

Sur un cas de migraine ophtalmoplégique ; (*Paralysie oculo-motrice périodique*) (*Suite*) (1).

Messieurs,

Par tous les développements qui précèdent, nous voici désormais mis en mesure de bien comprendre l'intérêt du cas de la malade qui vient d'être placée devant nous.

Comparé aux types dont nous venons d'exposer les traits principaux, ce cas s'en éloigne, vous le verrez, par des anomalies que nous relèverons chemin faisant, mais il doit y rester attaché cependant, vous le reconnaîtrez, je pense, avec moi, par les caractères fondamentaux.

Il s'agit d'une femme de 35 ans, exerçant la profession de brocheuse, bien constituée, d'apparence assez vigoureuse et qui, en dehors de ses accidents migraineux, n'a jamais souffert de maladies sérieuses. Je ne rappellerai pas ses antécédents héréditaires dont il a été question plus haut.

Le premier accès de migraine ophtalmoplégique a paru chez elle en 1885, il y a 5 ans ; elle était alors âgée de 30 ans. Voilà une première anomalie à signaler : c'est, en effet, nous l'avons vu, dans l'enfance ou la jeunesse, à l'âge de 4, 5, 15 ans, que débute généralement la paralysie oculo-motrice récidivante ; mais il y a quelques exceptions à la règle et, d'ailleurs, chez notre sujet, la maladie d'aujourd'hui a été précédée par des accès de céphalée, revenant une ou deux fois par mois, qui paraissent avoir présenté les caractères de la migraine vulgaire et qui, ayant commencé à paraître vers l'âge de 15 à 16 ans, ont cessé d'exister à l'époque tardive de l'apparition des règles, à l'âge de 23 ans. La douleur, dans ces accès, était bilatérale, elle s'accompagnait de vomissements et présentait cette particularité, que nous allons retrouver dans les crises ophtalmoplégiques, de se montrer violente surtout vers le soir. Bien qu'ils aient été séparés par une période de près de 7 années, il est difficile de ne pas croire qu'il y ait une relation, un lien quelconque entre cette première série d'accès migraineux et ceux que nous avons à étudier actuellement. Ne convient-il pas de voir là un rapprochement à établir entre la migraine vulgaire et la paralysie oculo-motrice récidivante ?

Quoi qu'il en soit, comme on l'a dit, la première crise présentant le caractère ophtalmoplégique s'est produite en 1885, c'était au mois de mars ; la malade a conservé le parfait souvenir de toutes les circonstances de l'accès, lesquelles se sont reproduites, d'ailleurs, identiquement dans les accès ultérieurs et, en particulier, dans le plus récent d'entre eux qui a eu lieu en février 1890.

La douleur occupe d'abord la moitié droite de la région occipitale, dans l'étendue de la paume de la main. C'est une douleur profonde qui n'est pas exaspérée par les attouchements ou par la pression. Elle remonte bientôt, toujours limitée au côté droit, sur la région pariéto-temporale et pénètre enfin dans l'orbite. « On dirait alors, dit la malade, que l'œil est violemment attiré en arrière, vers le fond de l'orbite. » A ce moment-là, les nausées et les vomissements, qui déjà s'étaient manifestés dès l'apparition de la douleur occipitale, se montrent plus intenses. Uniformément, la céphalée atteint son plus haut degré d'intensité le soir vers 9 heures ; la malade a de la peine à s'endormir ; le matin, au réveil, la douleur reparaît ; elle est d'abord très supportable ; mais progressivement, elle s'exaspère, et déjà, vers 5 ou 6 heures du soir, elle est devenue fort pénible. Ainsi vont les choses pendant une longue série de jours. Dans ce premier accès, la durée de la période douloureuse n'a pas été de moins d'un mois.

Au bout de ce temps, suivant la règle, elle a fait place tout à coup à la période paralytique : chute de la paupière de l'œil droit, strabisme, mydriase, obnubilation de la vue de ce même œil, diplopie. Cette période a duré également environ un mois ; après quoi les symptômes paralytiques avaient disparu sans laisser de traces.

Le second accès s'est produit à peu près un an après le premier, en février 1886. La période douloureuse n'a pas duré cette fois plus de trois semaines ; elle a présenté, d'ailleurs, exactement tous les caractères signalés à propos du premier accès. Les symptômes de paralysie oculo-motrice, qui se sont produits ensuite conformément au type, se sont montrés fort accentués pendant une période de 8 jours, après quoi ils se sont atténués ; mais, chose remarquable et bien digne d'être mise en relief, ils ont, depuis cette époque, persisté à un certain degré, pour ainsi dire en permanence, pendant une longue période de 3 années, fin 1886, 1887, 1888 et une partie de 1889. Durant ces trois années, la diplopie, la chute de la paupière n'ont pas cessé de se produire de temps à autre, en même temps que tous les 15 jours, toutes les semaines, reparaissait, pour quelques heures ou quelques jours, l'hémicranie droite occipitale, pariéto-temporale, orbitaire, accompagnée de nausées et de vomissements. En général, à la suite de ces accès rudimentaires, la chute de la paupière et la diplopie, à peu près toujours présentes, se montraient momentanément plus accentuées.

Aussi, à partir de ce deuxième accès, l'affection migraineuse semble tendre à prendre ce caractère d'une *maladie continue avec exacerbations périodiques* dont parle M. Senator dans son fort intéressant mémoire : La douleur de tête, en effet, reparaît par moments, à titre d'intermède, dans l intervalle des grandes crises et, pendant ce temps, les phénomènes paralytiques oculo-moteurs ne cessent guère d'exister en permanence, plus ou moins accentués.

Cette situation cependant n'est pas établie pour toujours, car à la fin de 1889, sans cause connue, survient une éclaircie parfaite, durant laquelle la diplopie, la

(1) Leçon faite le vendredi 16 mai 1890, recueillie par M. le Dr Guinon, chef de clinique, et revue par le professeur. (Voir n° 31).

© ANM

chute de la paupière disparaissent complètement en même temps que l'hémicranie cesse absolument de se manifester à un degré quelconque. Ce temps d'arrêt, cette trêve, a été de trois mois.

C'est après cela qu'est survenu le troisième grand accès, celui dont nous avons eu à étudier et dont nous pouvons étudier encore actuellement les effets consécutifs. La migraine est apparue cette fois en février, comme lors du second accès, le premier ayant éclaté, vous ne l'avez pas oublié sans doute, à peu près à la même époque de l'année, en mars. La crise paraît avoir été provoquée par une émotion morale. La malade avait été appelée inopinément à se rendre en province à propos de la mort non prévue de son père. La période douloureuse, qui a été marquée par tous les incidents que nous avons décrits à propos de premier accès : hémicranie droite, vomissements, exacerbations vespérales, etc., etc., a persisté pendant une vingtaine de jours; après quoi, la douleur ayant complètement cessé d'exister, sont apparus les symptômes paralytiques oculo-moteurs. Ceux-ci, aussi accentués que possible à l'origine, ont commencé à s'atténuer au bout de quelques semaines; mais, ainsi que cela s'est vu à la suite du second accès, ils persistent encore aujourd'hui, près de trois mois après le début de la crise, bien que fort amoindris toutefois.

Voici, en abrégé, le résultat de l'examen des fonctions oculomotrices de l'œil droit fait, il y a quelques jours, par M. Parinaud : mouvements imparfaits du droit interne, du droit inférieur, du droit supérieur, ptosis incomplet. Diplopie caractéristique de la paralysie de la 3e paire; mais, de plus, et ceci est une anomalie notoire, il y a diplopie croisée revêtant une paralysie concomitante du moteur oculaire externe. C'est l'unique fois, je pense, jusqu'ici, que cette association de la paralysie de l'abducens ait été remarquée dans la migraine ophtalmoplégique; il n'est pas impossible, on le conçoit, que cette combinaison se reproduise à l'avenir à mesure que le nombre des observations, aujourd'hui encore fort restreint, se multipliera.

La paralysie ne porte pas seulement sur les muscles extérieurs de l'œil; elle occupe également, ainsi que cela est la règle dans les cas de ce genre, les muscles intérieurs. La pupille légèrement dilatée ne se contracte ni par l'action de la lumière, ni par celle de la convergence. Il y a paralysie très prononcée des muscles ciliaires révélée par un trouble profond de l'accommodation. Il faut l'interposition d'un verre convexe très fort (3.50 diopt.) pour permettre à la malade de lire à la distance ordinaire. On n'a constaté, bien entendu, aucun trouble du côté gauche.

Il est bon de relever que depuis trois mois, ainsi que cela s'est produit déjà autrefois, l'hémicranie reparaît de temps à autre, durant quelques heures ou quelques jours, accompagnée ou non de vomissements et suivie d'une exacerbation temporaire des symptômes paralytiques oculo-moteurs.

Tels sont les faits que je crois devoir relever particulièrement dans l'observation de notre malade (1). Ils suffisent, si je ne me trompe, pour établir que, malgré les anomalies assez importantes qui ont été signalées, il s'agit cependant chez elle, ainsi que nous l'avions annoncé, de migraine ophtalmoplégique se rattachant par ses caractères fondamentaux au type classique. L'observation appartient à la catégorie dans laquelle les accès se reproduisent seulement à des échéances fort éloignées, tandis qu'ils sont remarquables en même temps par leur très longue durée. La marque particulière du cas est le fait déjà signalé du reste dans plusieurs observations du groupe, que les accidents paralytiques montrent une tendance prononcée à s'établir en permanence dans les intervalles des crises, en même temps que l'hémicranie esquisse, si l'on peut ainsi parler, des accès intercalaires qui ne dépassent point l'état rudimentaire. Cette tendance, déjà nettement accentuée à la suite de l'accès de 1886 (2e accès), semble aujourd'hui se manifester à peu près au même degré à la suite du troisième, mais il est permis d'espérer que, soit spontanément, soit sous l'influence d'un traitement approprié, une nouvelle éclaircie, semblable à celle qui a eu lieu de novembre 1889 à février 1890, pourra se reproduire encore.

* * *

Maintenant que le cas est classé, catégorisé, il s'agit de considérer particulièrement le côté pratique. Qu'adviendra-t-il chez notre malade par la suite : que convient-il de tenter chez elle pour essayer de s'opposer au progrès du mal?

Mais avant de parler de thérapeutique, il est bon, je pense, d'indiquer quelques considérations relatives à l'anatomie et à la physiologie pathologiques. Malheureusement, sur ce point-là, on ne sait pas grand'chose et le plus souvent, on se trouve obligé, à défaut de connaissances précises, de se contenter d'hypothèses plus ou moins plausibles.

Il est probable, pour ne pas dire plus, que dans les cas de migraines ophtalmoplégiques à accès courts, il n'existe pas de lésions permanentes; il s'agirait là de simples « fluxions » avec excitation puis paralysie vasomotrice consécutive, comparables à celles dont nous avons supposé l'existence dans la migraine ophtalmique. Il n'y a là en tout cas qu'une lésion fonctionnelle, essentiellement transitoire et qui s'efface complètement dans les temps intercalaires. Mais on comprend qu'à la longue, que par la répétition des accès, surtout s'ils sont intenses, de longue durée et suivis de symptômes paralytiques durables, ces fluxions pourront laisser subsister après elles, dans les parties intéressées du système nerveux, une épine, un désordre permanent.

Ce sont probablement, en pareil cas, de lésions inflammatoires qu'il s'agit, et elles affectent les parties mêmes où se produisent périodiquement les fluxions. Où siègent les unes et les autres? Les douleurs de la période hémicranique établissent suffisamment une participation de la cinquième paire, et nous n'avons, sur ce point, rien à ajouter à cette constatation sommaire. Pour ce qui est de la paralysie oculo-motrice, tout porte à croire que c'est d'une lésion périphérique basale du nerf qu'elle relève. Le fait de la coexistence constante, dans les cas de ce genre, de l'ophtalmoplégie interne et de l'ophtalmoplégie externe, et aussi le caractère unilatéral de l'affection plaident en faveur de cette opinion contre l'hypothèse d'une altération nucléaire. On peut même ajouter que l'affection, quelle qu'elle soit, ne porte pas sur la partie du tronc nerveux qui contourne le pédoncule cérébral, car une telle lésion ne pourrait guère manquer d'être marquée par l'existence d'une hémiplégie alterne.

Aussi c'est sur le trajet périphérique, basilaire, que porte la lésion tantôt transitoire, tantôt permanente du nerf oculo-moteur, et l'on conçoit que, dans ce dernier

(1) Voici du reste les détails de l'observation recueillie par M. le Dr Guinon (*appendice*).

© ANM

cas, elle puisse s'étendre aux parties avoisinantes des méninges.

Une observation de Gubler, qui, si elle rentre véritablement dans le cadre de la migraine ophtalmoplégique, mérite d'être considérée, historiquement, comme de toutes la première en date (1), viendrait à l'appui de cette hypothèse. Le malade ayant succombé, on trouva, à l'autopsie, le nerf oculo-moteur enveloppé d'un exsudat abondant et au voisinage, un épaississement de la pie-mère.

Deux autres autopsies pratiquées dans des conditions analogues, bien qu'elles ne déposent pas tout à fait dans le même sens, révèlent cependant toutes les deux une lésion siégeant sur le trajet basal du moteur oculaire. Dans un de ces cas (Weiss, *Wiener med. Woch.* n° 17, 25 avril 1885), le tronc du nerf a été trouvé farci de masses tuberculeuses; dans l'autre (cas de Thomsen, autopsié par Richter. *Arch. für Psych.*, p. 259, t. XVIII), il contenait, à son entrée dans la dure-mère, une tumeur fibro-chondromateuse en forme de navette qui en éparpillait les fibres sans les détruire. Mais c'est le cas ou jamais de rappeler qu'il ne suffit pas de constater les faits nécroscopiques, il faut encore les interpréter, les mettre en valeur. Il est clair que les productions bacillaires dans un des cas, le fibro-chondrome dans l'autre, n'ont pas été les agents primitifs et uniques de l'évolution du processus morbide. La périodicité des accès, la complète disparition des accidents dans leurs intervalles, du moins à l'origine, l'ancienneté du mal enfin remontant à l'enfance ne permettent guère de l'admettre. C'est seulement par la répétition multipliée des crises que les lésions, purement dynamiques et essentiellement temporaires d'abord, ont laissé subsister après elles une épine et un point d'appel, un lieu « de moindre résistance », sur lequel se sont fixés, de préférence, sous l'influence de l'état diathésique et indépendamment de l'affection migraineuse, les produits néoplasiques.

Existe-t-il chez notre malade une lésion permanente? D'après l'exposé que nous avons fait tantôt de son histoire, cela est malheureusement assez vraisemblable, mais cela n'est pas encore absolument démontré cependant. Ce qui, surtout, n'est pas démontré, c'est que la lésion, si elle existe, soit absolument inaccessible à nos moyens d'action thérapeutique.

* * *

Je rappellerai ici l'influence remarquable qu'exerce, d'après mes observations, sur l'évolution de la migraine ophtalmique, l'emploi continu et prolongé, pendant une série de mois, du bromure de potassium à dose suffisamment élevée (4 ou 5 grammes). La médication dont il s'agit a presque à coup sûr pour effet, non seulement d'éloigner les crises migraineuses et de diminuer leur intensité, mais encore de supprimer les accompagnements de mauvais augure tels que troubles aphasiques, hémiopiques, parétiques, etc., qui menacent de s'établir parfois à l'état permanent. Conduit par l'analogie, il me semble que cette méthode pourrait être appliquée à notre cas, au moins à titre d'essai. L'existence possible d'une lésion organique désormais établie ne constitue pas dans l'espèce une contre-indication; on connait en effet l'action très favorable de la médication bromurée dans les cas de crises épileptiformes relevant d'une lésion organique en foyer.

(1) Elle a été publiée dans la *Gazette des Hôpitaux*, n° 17, 1860.

D'un autre côté, on ne peut pas ne pas être impressionné par le caractère constamment vespéral des exacerbations de la céphalalgie; dans notre observation, ce caractère, en l'absence de toute marque, chez le sujet, d'accidents syphilitiques héréditaires ou acquis, ne suffit sans doute pas à lui seul pour affirmer que la syphilis est en jeu. Mais vous n'ignorez pas qu'en dehors de la syphilis, certaines lésions irritatives ou exsudations chroniques sont souvent très heureusement modifiées par l'emploi combiné de l'iodure de potassium et des onctions hydrargyriques.

Note du 20 juillet. — Par suite d'un malentendu, le traitement bromuré a été seul mis en œuvre. La malade, depuis le 21 mai, a pris chaque jour le bromure de la façon suivante : une première semaine 4 grammes, la seconde 5 grammes, la troisième 6 grammes. Après quoi, on a repris 4 grammes, puis 5, puis 6 pendant une semaine. A part une petite crise migraineuse qui a eu lieu le 22 mai et a été suivie d'un ptosis de peu de durée, il ne s'est plus produit chez la malade aucun accident; tout est rentré dans l'ordre : actuellement, la tête est parfaitement libre, il n'y a plus trace de ptosis; pas de diplopie; les mouvements de l'œil sont parfaits. Les pupilles se contractent sous l'influence de la lumière, aussi bien du côté droit que du côté gauche, et l'accommodation est redevenue absolument normale. La médication bromurée paraît donc avoir agi suivant nos prévisions; elle sera continuée à l'avenir de la même façon et prolongée, autant que possible, pendant une période de 8 ou 10 mois.

Observation. — Cet..., Berthe, 35 ans, brocheuse. *Antécédents héréditaires*, côté maternel : Mère morte à 71 ans d'une maladie du foie. Grand-père mort de vieillesse. Une tante est morte d'une maladie du foie; *elle a été prise de troubles mentaux à la suite d'une fièvre typhoïde* à 28 ans. Elle se figurait qu'on lui voulait du mal....., qu'on la magnétisait.

Côté paternel : Le père, âgé de 70 ans, compositeur d'imprimerie, a eu plusieurs fois la colique de plomb. Rien à signaler parmi les autres membres de la famille.

Antécédents personnels. — Pas de convulsions dans l'enfance. Plusieurs fluxions de poitrine de 12 à 15 ans? une pleurésie il y a 3 ans.

Vers l'âge de 15 ou 16 ans, la malade a commencé à souffrir de migraines qui revenaient environ deux fois par mois. La douleur migraineuse était suivie de vomissements et quelquefois en même temps de diarrhée; elle occupait également les deux côtés de la tête; elle était vive surtout vers le soir. Elle durait 7 ou 8 heures.

Ces migraines ont duré jusqu'à l'âge de 23 ans, époque à laquelle la malade a commencé seulement à être réglée. Depuis cette époque, la santé a été bonne jusqu'en 1885, elle avait 30 ans à ce moment.

1er *accès.* — C'est alors qu'ont débuté les accidents actuels, il y a de cela 5 ans, en février 1885. La malade a souffert alors d'un mal de tête qui se localise du côté droit, occupe d'abord la région occipitale, puis s'étend à la région pariétale et enfin à la profondeur de l'orbite. Cette douleur s'accompagne de nausées et de vomissements intenses, surtout quand elle siège dans l'orbite. Elle existe dès le matin, mais elle s'exaspère le soir vers cinq ou six heures et atteint son maximum vers 9 heures. Cette douleur s'est reproduite tous les jours, exactement avec les mêmes caractères, environ pendant un mois. Au bout de ce temps, la douleur ayant cessé tout à coup de paraître, survient une chute de la paupière droite avec diplopie et léger strabisme. Elle ne pouvait plus lire à la distance ordinaire de cet œil-là. Ces accidents paralytiques durèrent pendant environ un mois. Vers cette époque, elle consulta à l'hôpital des Quinze-Vingts où on lui conseilla l'usage de l'iodure de

© ANM

potassium à la dose de 3 grammes, en même temps qu'on lui fit faire des frictions avec l'onguent napolitain. Ce traitement fut continué pendant environ trois mois.

2e *accès*. — Après cette première crise, liberté presque absolue pendant près d'une année. Au bout de ce temps, en février, a eu lieu la 2e attaque qui commence par des douleurs de même localisation et de même intensité que la première fois; même caractère vespéral et nocturne. Au bout de trois semaines, la douleur cesse et est remplacée par une paralysie oculo-motrice, en tout semblable à celle du premier accès, mais qui cette fois n'a pas duré plus de 8 jours, du moins avec l'intensité première.

Pendant les trois années qui suivirent cette attaque, il n'y a pas eu de nouveaux grands accès; mais, très fréquemment, la douleur de tête reparaissait, parfois avec nausées et vomissements, suivie d'une paralysie oculo-motrice qui durait un ou plusieurs jours, de façon à constituer des sortes d'accès rudimentaires; il est à remarquer que, souvent dans l'intervalle de ces petits accès, le ptosis et la diplopie persistaient à un certain degré, semblant, en quelque sorte, vouloir s'établir en permanence.

Les maux de tête dans ces petites attaques, comme dans les grandes, se sont généralement accompagnés de vomissements. Ceux-ci, au dire de la malade, diffèrent grandement de ceux qu'elle éprouvait au moment des migraines dont elle souffrait de 15 à 23 ans. Tandis que les anciens vomissements s'accompagnaient d'efforts plus ou moins violents, ceux d'aujourd'hui se font sans efforts; ce sont comme des régurgitations de glaires spumeuses et de consistance épaisse.

Jamais de tremblements, ni de secousses involontaires dans les membres ni la face; pas d'épilepsie partielle. Pas de signes actuels de syphilis, acquise ou héréditaire. Rien dans le passé qui la rappelle. Jamais de maux de gorge, pas d'éruptions cutanées, etc., etc. La malade est mariée depuis 6 ans. Pas de fausses couches.

3e *attaque et état actuel*. — Depuis novembre 1889, jusqu'au 28 janvier 1890, la malade a eu une période de repos complet pendant laquelle tout était à l'état normal. Ni migraines, ni syncopes de paralysie oculaire.

Le 28 janvier 1890, la malade dut se rendre en Bourgogne, à propos de la mort inopinée de sa mère, elle fut prise ce jour-là de son 3e grand accès. Violentes douleurs de tête localisées à droite dans les régions indiquées à propos des deux premières attaques. Vomissements; exaspération de la douleur vers le soir. Cette période douloureuse a duré jusqu'au 20 février. Alors, la céphalalgie ayant cessé, l'œil droit se ferma presque complètement. La diplopie et un peu de strabisme apparurent vers le 5 ou 6 mars 1890.

Quinze jours après, le ptosis commence à diminuer graduellement. Mais les douleurs reparaissent de temps en temps, suivies d'une réapparition transitoire du ptosis.

Aujourd'hui, mai 1890, le ptosis est encore appréciable, quoique peu accentué. Les signes de paralysie de la 3e paire du côté droit, avec légère atteinte du droit externe, sont très nets (voir plus bas les deux examens pratiqués le 3 et le 10 mai par M. Parinaud).

Pas de signes d'hémiplégie faciale; pas de parésie du côté des membres. L'examen dynamométrique donne à droite 25 kil., à gauche 20 kil. La malade n'est point gauchère. Rien du côté des membres inférieurs où la force est considérable des deux côtés.

Les réflexes rotuliens, égaux des deux côtés, sont peut-être un peu exagérés. Pas de trépidation spinale.

Pas de troubles de la sensibilité cutanée au contact, à la douleur, à la température. Pas de douleurs fulgurantes. Pas de signe de Romberg.

Rien du côté des appareils sensoriels, excepté que l'oreille gauche est à peu près complètement sourde. Elle n'entend le tic tac de la montre que lorsque celle-ci est appliquée contre le pavillon de l'oreille.

Examens de M. Parinaud, du 30 avril 1890. Ptosis incomplet de l'œil droit. Impossibilité de relever la paupière de ce côté. Quand on dit à la malade d'ouvrir les yeux, la paupière de l'œil gauche se relève très bien, celle de l'œil droit reste immobile.

Au repos, pas de strabisme. Il n'y a pas non plus de strabisme manifeste quand on sollicite les mouvements du regard dans les différentes directions. Le mouvement de l'œil d'adduction et d'élévation droit est un peu limité.

Pas de phénomènes spasmodiques dans l'œil gauche.

Diplopie. — Pas de diplopie dans le plan médian et horizontal. A gauche, diplopie croisée dans le plan horizontal. A droite, la diplopie devient homonyme.

En haut, diplopie verticale; l'image de l'œil droit est plus haute.

En bas, légère diplopie verticale, mais l'image de l'œil droit reste un peu plus haut.

OD. M = — 0.50. Il faut + 3.50 D. pour ramener le *punctum proximum* à 0,25. Par conséquent, *paralysie de l'accommodation complète*.

Ob: M = — 0,50. Il faut + 1 D. pour ramener le *punctum proximum* à 0,25. Donc, *parésie simple de l'accommodation*.

Les pupilles sont dilatées, celle de droite un peu plus que celle de gauche. Elles ne réagissent ni à la lumière ni à l'accommodation.

$$V = \frac{5}{5}$$

Pas de lésions du fond de l'œil.

2e *Examen*. 10 *mai* 1890. — Ptosis de l'œil droit. La paupière se lève difficilement. La pupille est plus dilatée et un peu irrégulière; elle ne réagit ni à la lumière, ni à l'accommodation.

Au repos, pas de strabisme. Les mouvements de l'œil droit s'exécutent un peu difficilement, mais le trouble du mouvement n'est pas appréciable objectivement.

Pas de spasme des muscles associés.

Paralysie de l'accommodation complète à droite; parésie simple à gauche.

La pupille ne se contracte ni par l'accommodation, ni par l'action de la lumière.

Ce qui domine dans la paralysie, c'est celle du droit interne.

La diplopie de croisée (en face — correspondant à la paralysie du droit interne) devient homonyme quand on porte la bougie dans le champ d'action du droit externe.

La malade sort de l'hôpital le 21 mai, à peu près dans le même état. On commence ce jour-là le traitement par le bromure. 4 grammes une semaine, 5 grammes la seconde, 6 grammes la troisième, de même les semaines qui suivent: 4 la première, puis 5, puis 6, et ainsi de suite, ne pas interrompre un seul jour l'emploi de ce médicament.

Le 28 mai, crise de trois jours: migraine, vomissements, puis ptosis de peu de durée.

Le 7 juillet 1890, la malade est dans l'état suivant: Pas de ptosis, pas de diplopie. Mouvements des yeux normaux. Les pupilles se contractent aussi bien à droite qu'à gauche, à la lumière et par l'accommodation.

Le traitement bromuré sera continué.

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE MONTPELLIER. — M. MASSOL, agrégé, physique, est également chargé du cours.

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE NANCY. — M. JACQUEMIN, professeur, minéralogie et hydrologie.

LES MÉDECINS AU XVIe SIÈCLE. — A propos de ceux qui exercent si facilement l'exercice illégale de la médeine et qu'on punit si peu, il faut avouer que notre législation est bien arriérée. On attribue au roi Henri II un règlement contre les médecins, lequel fait juger que ce roi avait sujet d'être mécontent de leur savoir. Voici un article de ce règlement: « Que sur les plainete des héritiers des personnes décédées par la faute des médecins, il en sera informé et rendu justice comme de tous autres homicides; et *seront (les médecins) tenus de goûter les excréments de leurs patients* et leur impartir tout autre sollicitude, autrement seront réputés avoir été cause de leur mort et décès. » Il serait à souhaiter qu'on oblige certains « *professeurs* » dont les noms sont bruyamment inscrits sur nombre de petits kiosques des boulevards à en faire autant. Moyennant une forte somme, on pourrait leur éviter cet inconvénient et cela rendrait service aux pauvres auxquels on attribuerait le produit de l'amende.

© ANM

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Xe Congrès international de médecine à Berlin en 1890.

(*4 Août* 1890).

Le *Xe Congrès international de médecine* s'est ouvert à Berlin, lundi dernier, 4 août, à 11 heures du matin. Cette première séance générale a eu lieu au Circus Renz, aux environs de la Karlstrasse.

Dès 10 heures, ce hall immense, presque aussi vaste que l'Hippodrome de Paris, est envahi par les membres du Congrès, déjà au nombre de 3 ou 4,000. Devant le cirque, à l'entrée d'une petite rue qui débouche dans la Karlstrasse, un maigre arc de triomphe, de goût assez douteux, des guirlandes et des fleurs. Quelques pas plus loin, deux superbes hallebardiers en costume gardent l'entrée. A 11 heures, cette immense enceinte renferme plus de 5,000 personnes. Il est impossible d'y distinguer les personnalités les plus marquantes de la science : étrangers et allemands sont confondus ; le bourgeois de Berlin côtoie le professeur de l'Université de Saint-Pétersbourg ou de Philadelphie.

Dans la piste, transformée en estrade d'honneur, ont été placés les représentants des nations qui ont adhéré au Congrès de Berlin : Au centre, le corps diplomatique au grand complet ; au pourtour, les délégués des différents gouvernements ; dans les stalles, les membres du Congrès en nombre considérable.

Au fond se trouve l'estrade des orateurs, aux pieds d'un immense Esculape de plâtre, qu'éclaire un puissant réflecteur électrique. Le caducée en main, il préside à cette réunion internationale. A droite, une statue de l'empereur Guillaume ; à gauche, une Minerve entourée de quelques anges, çà et là, quelques statuettes au milieu des gradins. Du plafond tombe une grande quantité de drapeaux des principales nationalités de l'Europe et des deux Amériques.

A onze heures précises, la séance est ouverte par le président du Comité d'organisation, M. le Pr Virchow. La salle entière l'acclame. Dans cette atmosphère surchauffée, dans ce hall mal aéré où brûlent à cette heure un grand nombre de lampes électriques et des lustres à gaz, au milieu d'une chaleur étouffante, on entend à peine l'orateur, qui, tranquille, sûr de son auditoire, prononce distinctement et gaillardement, malgré son grand âge, un long, un trop long discours.

Après avoir rappelé comment fut constitué le comité d'organisation du Congrès de Berlin, le Pr Virchow a souhaité la bienvenue au nom du comité d'organisation à tous les médecins allemands ou étrangers qui ont répondu à son appel. Puis il a montré en quel estime était tenue la médecine dans le pays qui aujourd'hui a l'honneur de donner l'hospitalité à tant de praticiens célèbres. Il a ajouté avec raison que la médecine était en Allemagne une science populaire, et que le peuple allemand se rendait bien compte désormais du rôle que le médecin était de plus en plus appelé à jouer. En quelques mots, il a fait ensuite allusion à ce qui sépare les peuples ; il a indiqué à cette occasion comment il fallait comprendre la mission du médecin militaire. Il a terminé en signalant à l'attention des étrangers de passage dans cette ville la merveilleuse organisation sanitaire de Berlin. Les chiffres qu'il a cités montrent en effet quels grands sacrifices a dû faire le gouvernement allemand pour assainir, suivant les données de la science moderne, la capitale de l'Empire.

Ce discours, qui aurait beaucoup gagné à être raccourci, a soulevé en maints endroits les applaudissements de l'assemblée.

M. le Dr Lassar, secrétaire général, a pris ensuite la parole. Son allocution, prononcée d'une voix forte et vibrante, a produit la meilleure impression. Il a remercié le gouvernement de la République française d'avoir bien voulu s'associer aux travaux du Congrès : il est heureux de pouvoir saluer les nombreux représentants de ce grand pays. Des applaudissements vigoureux ont souligné cette partie de son discours ; ce qui a permis aux amis de la France de manifester hautement leur sympathie pour notre pays. M. Lassar a montré ensuite comment le succès était venu couronner ses espérances : plus de 700 communications annoncées ; 2.500 membres étrangers déjà arrivés à Berlin et venus des deux Amériques, du Japon, de la Chine, du cap de Bonne-Espérance, etc. Il a la conviction que le nombre total des membres dépassera 5.000 ; il y a déjà plus de 1.000 Dames inscrites, et la Russie, l'Autriche et l'Allemagne sont aussi bien représentées que possible. D'ailleurs, des notabilités scientifiques qui ne s'occupent pas de médecine ont bien voulu s'associer aux travaux du Congrès, et, pour donner un exemple, il cite le nom d'Edison.

D'autres discours importants ont été ensuite prononcés par le représentant de l'Empire allemand, M. von Bötticher ; par M. von Gossler, ministre de l'instruction publique, au nom du royaume de Prusse ; par M. Forkenbeck, maire de Berlin, au nom de la ville. M. le Pr Graf a parlé ensuite au nom de la Société des médecins allemands, dont il est le président.

A ce moment a commencé à la tribune le défilé des chefs de délégation des différentes nations représentées au Congrès. On a suivi l'ordre alphabétique. La parole a été donnée d'abord au Dr Hammond, des Etats-Unis, secrétaire du dernier Congrès international. Sir James Paget a prononcé au nom de l'Angleterre un discours de bienvenue. M. le Pr Bouchard (de Paris) a parlé au nom de la France. Voici, en quelques mots, le sens de sa courte allocution : « Au nom du gouvernement français, a-t-il dit, je vous remercie de la courtoisie avec laquelle vous nous avez reçus. Nous sommes venus ici pour travailler, contribuer au progrès scientifique, au développement des sciences médicales, pour améliorer le sort de l'homme et élever la hauteur de l'esprit. Nous croyons ainsi travailler pour l'humanité et pour notre patrie. Du fond du cœur, je souhaite à votre entreprise tout le succès qu'elle mérite. » Des applaudissements prolongés ont montré qu'un grand nombre de médecins avaient encore, même à Berlin, un certain respect pour la science et pour l'un de ses plus illustres représentants.

M. le Pr Bacelli (de Rome), au nom de l'Italie, s'est exprimé en latin. S'adressant au Congrès au nom des pays de langue latine, il a tenu à se servir de la langue

© ANM

qui était autrefois la langue scientifique. Sa brève allocution, prononcée avec un cachet tout méridional, a déridé un moment l'assemblée qui était loin de s'attendre à cette résurrection du latin.

M. le Dr Csatary von Castar, de Budapest, chef du service sanitaire du royaume de Hongrie, n'a dit que quelques mots, de même que M. le Pr Areteos, d'Athènes, qui a parlé en allemand au nom de la Grèce. C'est un chirurgien de Moscou, M. le Pr Salifassowsky, qui, en langue allemande, a parlé au nom de la Russie. Enfin, un médecin américain a prononcé quelques mots en espagnol au nom des Républiques du Sud de l'Amérique.

Les discours terminés, l'auditoire fatigué quitte avec empressement la salle où règne une chaleur accablante; on n'écoute que d'une oreille distraite la nomination des membres du Bureau définitif. A l'instigation du professeur Bacelli, qui s'exprime en français, le Comité d'organisation est transformé en comité définitif du Congrès. Il se compose de MM. R. Virchow, président; E. von Bergmann, E. Leyden, W. Waldeyer, vice-présidents; O. Lassar, secrétaire général; Max Bartels, trésorier; A. Bardeleben, von Coler, E. Graf, A. Martin, Pistor, assesseurs.

Les Présidents d'honneur élus sont ensuite énumérés par ordre alphabétique (langue française) de la manière suivante : Allemagne : M. le duc de Bavière, docteur en médecine (Herzog Karl Theodor von Bayern), de Munich; — Angleterre : Sir J. Paget; — Amérique : S. John Billings; — Autriche : M. Billroth; — Belgique : M. Crocq; — Egypte : Hassan Pacha; — Ecosse : Grainger-Stewart; — Danemarck : M. Lange; — Espagne : M. Rubio (de Madrid), chirurgien; — France : M. le Pr Bouchard (de Paris); — Grèce : M. Aretaœs; — Hongrie : M. Csatary; — Irlande : M. W. Stockes; — Italie : M. Bacelli; — Roumanie : M. le Pr Assaky; — Russie : M. Skliffossowsky; — Suisse : M. le Pr Socin, etc., etc.

M. le Pr Virchow, élu désormais président du Congrès, dans son autre discours a remercié l'assemblée d'avoir bien voulu le nommer à ce poste d'honneur.

Il est deux heures de l'après-midi, et c'est à peine si une interruption de quelques minutes permet de prendre haleine.

La séance s'ouvre à nouveau. M. le Dr Karl Theodor von Bayern (duc de Bavière) prend le siège de la présidence et à cette occasion prononce une allocution qu'on écoute avec intérêt. Mais le succès de cette seconde partie de la première séance générale est pour S. J. Lister (de Londres), qui monte à la tribune et fait une communication sur *l'état actuel de la Chirurgie antiseptique*.

A peine a-t-il dit quelques mots que, de tous côtés, dans la salle immense à nouveau remplie, éclatent des applaudissements frénétiques. C'est un beau triomphe pour le rénovateur de la chirurgie! — En premier lieu, M. le Dr Robert Kock (de Berlin) a lu un très important travail et rapporté des recherches bactériologiques de la plus haute importance. La séance d'ouverture, commencée à 11 heures, n'était pas encore terminée à 3 heures 1/2.

Dans la même journée ont eu lieu déjà une série de visites dans les hôpitaux, tandis que dans les sections on organisait les bureaux. La visite la plus importante a été celle de la section de chirurgie à la Policlinique chirurgicale de l'Université, dirigée par le Pr von Bergmann. Le célèbre chirurgien de Berlin a montré de nombreux malades et opérés (résection de la hanche, etc.), aux membres de la section; il a fait, en *langue française*, une importante communication sur son mode *de pansement aseptique*. Nous relaterons avec détails, dans un prochain numéro, cette intéressante conférence.

Le soir, à 9 heures, avait lieu une réunion de tous les membres du Congrès dans le Parc où est installée la belle Exposition medico-scientifique du Congrès, ouverte déjà depuis deux jours. — A Berlin se trouvent actuellement plus de 5,000 médecins. On nous pardonnera de ne citer aucun nom. Il faudrait dresser la liste de la plupart des professeurs connus des Universités allemandes, russes, autrichiennes, italiennes, suisses, etc. Il y a aussi un très grand nombre d'Anglais, d'Américains, de Chinois, de Japonais, etc. Les Français eux-mêmes sont plus nombreux que nous l'aurions pensé! Il y en a peut-être plus de 150. Il est fort regrettable que les maîtres incontestés de la science française n'aient pas voulu, pour des raisons que nous n'avons pas à rappeler ici, venir assister à cette grande réunion internationale. Nous aurions aimé à placer, à côté de celui de R. Virchow, certain nom qui, à l'étranger comme à Paris, est universellement aimé et respecté. Paris n'a pas voulu comprendre l'intérêt qu'il y avait pour notre chère France à se faire représenter le plus dignement possible dans de pareilles assises; et Berlin est presque un second Washington! Marcel Baudouin.

Association pour l'avancement des sciences.— Congrès de Limoges.

La séance d'inauguration du 19e Congrès de l'association pour l'avancement des sciences a eu lieu au théâtre de Limoges, le jeudi 7 août, à 3 heures 1/2 de l'après-midi, au milieu d'une nombreuse élite de savants et d'amis des sciences.

M. A. Cornu, membre de l'Institut, présidait; il avait à sa droite M. Labussière, maire de Limoges, à sa gauche, M. le commandant de la force armée; on remarquait encore sur l'estrade MM. P. P. Dehérain, membre de l'Institut, vice-président; Gobin, ingénieur en chef, secrétaire; Galante, trésorier; le Dr A. Cartaz, membre du bureau; Gariel, secrétaire du conseil; le Pr de Lacaze-Duthiers; Friedel, membre de l'Institut; MM. Janssen, Fr. Passy, Dr Teissier, Dr Fauvelle, Dr Huchard, Trélat, etc.

M. le maire de Limoges, dans un discours fort bien senti et très applaudi, a souhaité la bienvenue aux membres du Congrès : « Ce n'est point tant la magnificence que la cordialité de l'accueil qui doit charmer et retenir le voyageur.... nous nous appliquerons à être des hôtes prévenants et affectueux, pendant quelques jours que vous vivrez au milieu d'une population ouvrière, dont la sympathie vous est d'autant mieux acquise qu'elle n'ignore pas que le but suprême de

© ANM

vos études, de vos recherches, est, en définitive, l'amélioration du sort des travailleurs. »

M. A. Cornu prononce ensuite un discours ayant pour objet *le rôle de la physique dans les récents progrès des sciences*, et qui est un exposé lumineux des dernières conquêtes de la science sur le domaine physico-chimique et dans son application la plus haute et la plus féconde.

« Nous n'oublions pas, dit M. Cornu, parmi les corps scientifiques de votre cité, l'Ecole de médecine et de pharmacie, qui rend des services considérables, mais qui mériterait d'être élevée au rang auquel elle a droit dans la patrie de Dupuytren et de Cruveilhier. »

« Nous espérons que le passage de l'Association attirera l'attention des pouvoirs publics sur les vœux et les sacrifices déjà consentis par la ville pour la reconstruction d'un musée réunissant vos précieuses collections et l'organisation d'un haut enseignement professionnel nécessaire pour maintenir et perfectionner les traditions de l'art. »

Ensuite M. A. Gobbin, secrétaire général, rend compte du dernier Congrès de l'Association et fait connaître tous les faits intéressants survenus depuis la dernière session.

En paroles émues il annonce la perte de Charles Grad, qui, « au jour de la mutilation de la patrie, se fit le défenseur des droits méconnus de l'Alsace et de la Lorraine. » Et la perte du Dr Trélat: « Qui de nous ne se rappelle la chaleur entraînante de sa parole, la lumineuse clarté de ses discussions; il ne se passait guère de Congrès où il ne vint, ne fût-ce que pendant quelques heures, prendre part à nos travaux et jeter l'éclat de son incomparable talent... » La liste nécrologique contient, hélas! aussi, notre ami Paul Loye.

Enfin M. Emile Galante rend compte de la situation de jour en jour plus prospère, des finances de l'Association.

Les membres se réunissent ensuite en sections pour l'élection des bureaux. Ont été nommés dans la section des sciences médicales : président : Dr Teissier ; président d'honneur : Dr Potain ; vice-présidents : Drs Raymondeau (de Limoges), Mayet (de Lyon), Chapplain (de Marseille), Huchard (de Paris) ; secrétaire : Dr L.-H. Petit ; secrétaires adjoints : Drs Jacquet, Faucher-Dupuy, Vauzelle de Font-Réaux.

La section d'hygiène a nommé : président d'honneur : M. Emile Trélat ; président : M. Drouineau ; vice-présidents : MM. Raymondaud et Delahausse ; secrétaires : MM. Peyrusson, Raymondaud fils.

Un nombre considérable de communications intéressantes sont à l'ordre du jour. G. Capus

Faculté de médecine et de pharmacie de Lille. — Un congé du 1er novembre 1890 au 30 avril 1891 est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Legay, chef des travaux pratiques d'histologie et d'anatomie pathologique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille.

Faculté de médecine de Montpellier. — Sont chargés de cours à la Faculté de Montpellier pour 1890-1891, M. Ville, agrégé, chimie,

Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier. — M. Astre, licencié ès sciences, chimie minérale ; M. Imbert, licencié ès sciences, hydrologie et minéralogie ; M. Gay, agrégé, matières médicales.

SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE DE BERLIN.

Séance d'ouverture du 4 août.

Voici les discours dont il est parlé au Bulletin du *Progrès médical* par notre correspondant spécial :

Le Président Wirchow a prononcé le discours suivant: Il commence par rappeler que c'est le dernier congrès siégeant à Washington qui a décidé que le Congrès de 1890 serait tenu à Berlin, et que les préparatifs de ce congrès ont été faits par MM. Wirchow, von Bergmann, Valdeyer, Leyden, Bartels et Lassar, nommés organisateurs par une assemblée tenue à Heidelberg, en septembre 1889; il continue en ces termes :

« Je serais ingrat si je ne vous exprimais la joie intime et profonde qui me remplit quand je vois la liste presque indéfinie des hôtes éminents qui ont répondu à notre invitation. Celui qui, pendant plus de quarante ans, a occupé une chaire dans les universités allemandes, celui dont l'âme conserve le souvenir des nombreux deuils qui, pendant ce temps, l'ont frappé parmi ses camarades de travail et de luttes, celui-là peut parler de bonheur quand il voit dans cette assemblée des hommes qui furent ses maitres, quand il peut y contempler les chercheurs qui, dans toutes les branches de la médecine, y ont exploré les filons jusqu'alors inconnus et y ont fait les découvertes qui ont bouleversé de fond en comble notre science, quand il voit vivants devant lui les savants les plus éminents et les praticiens les plus estimés, et quand, parmi ses collègues, venus de près où de loin, il compte d'anciens élèves, à l'esprit imbu des nouvelles doctrines, à l'épanouissement desquelles ils ont contribué de toutes leurs forces. Oui, je puis le dire, c'est pour moi un jour heureux que celui où il m'est donné d'ouvrir ce Congrès dans la ville à laquelle, depuis tant d'années, j'ai consacré toute mon activité publique.

« Soyez persuadés, continue l'orateur, que vous serez tous nos hôtes aimés, car notre peuple sait combien est élevé l'idéal des médecins, idéal où s'associent l'amour de la science et celui de l'humanité. L'empereur, forcé à son grand regret de s'absenter, partage ces sentiments et a donné ordre à un membre de sa maison de recevoir le Congrès. En outre, les pouvoirs publics de l'empire et des États particuliers ont voté les sommes nécessaires pour que le Congrès eût toute la splendeur voulue. Ils ont tenu à honneur de bien montrer avec quels soins ils s'occupent des institutions sanitaires, de l'instruction médicale.

« Certes, dans ce monde imparfait, les progrès ne se réalisent que partiellement, et bien des choses sont insuffisantes, dont la science actuelle nous démontre pourtant les défauts. Les deux grands maux de l'humanité, la misère et la guerre, divisent profondément les sociétés et les pays. Mais c'est pour nous une consolation que de voir le peuple et le gouvernements allemands faire tous leurs efforts pour adoucir les misères sociales et pour protéger la paix, la paix dorée.

« Sans doute, la médecine n'a que peu d'occasion de s'immiscer dans les choses sociales ou politiques. Son rôle est surtout de les prendre telles qu'elles sont et de s'en accommoder au mieux pour secourir les hommes. Nulle part ce rôle n'est mieux en évidence que dans la médecine militaire. Celle-ci doit avoir pour but de sauvegarder dans la mesure du possible la santé des combattants; aucun progrès ne doit lui être étranger dans l'art d'assister les blessés et les malades, qu'ils soient amis ou ennemis. Or, en Allemagne, nous sommes imbus au maximum des principes de la croix de Genève. Je ne dis pas que nos médecins militaires soient de meilleurs hommes que les autres, mais j'affirme qu'ils peuvent soutenir toutes les comparaisons. »

M. Virchow indique alors sommairement l'organisation des formations sanitaires en temps de guerre et le rôle que les médecins civils ont à y jouer. Il n'y a là aucun secret, tout se passe au grand jour; plus les pays étrangers emprunteront à l'Allemagne pour se perfectionner et plus elle sera heureuse. Car plus elle sera en droit de leur prendre à son tour, et de la

© ANM

sorte la médecine militaire remplira mieux sa tâche, qui est de pallier tant qu'il est en son pouvoir les atrocités de la guerre. Rien ne montre aussi bien que les congrès internationaux que la médecine est une science d'humanité.

« Aussi l'article 3 de nos statuts est-il ainsi conçu : Le but du Congrès est exclusivement scientifique. Et dès lors, nous écartons toutes les discussions sur l'amélioration de la position sociale du médecin, bien que nous sachions que nos confrères ne sont pas toujours à l'abri du besoin, que trop souvent il en est qui sont brisés dans la lutte pour la vie. Mais ici nous oublions les soucis du foyer et de la carrière; nous nous réunissons sous le drapeau de la science, et, placés au premier rang, nous combattons pour l'humanité.

« L'efficacité de nos luttes est démontrée par les grandes villes où se tient le Congrès international. Ces grandes villes, qu'on représente souvent comme le repaire des vices, des misères sociales, sont au contraire les endroits où l'on trouve le plus facilement le dévouement au prochain, l'assistance mutuelle; où, grâce aux institutions médicales et aux œuvres de bienfaisance, on parvient à abaisser la mortalité, à améliorer la nourriture et les logements.

« Cela, messieurs, vous ne vous en rendrez compte nulle part aussi bien que dans notre ville. Ne croyez pas que je veuille faire allusion aux grandes mesures que nous devons à l'initiative personnelle de notre empereur pour protéger la classe ouvrière contre la maladie, les infirmités, la misère. L'expérience seule démontrera jusqu'à quel point cette organisation aura amélioré l'état actuel. Mais je veux bien citer un exemple, pris dans cette ville, pour vous montrer quels bienfaits peuvent résulter d'organisations de cette nature favorisant l'action des municipalités. Quand parut en 1883 la loi d'empire sur l'assistance en cas de maladie, il existait déjà à Berlin, depuis trente-sept ans, une société d'assistance mutuelle. Cette société avait été fortifiée en 1850 par un décret municipal, et néanmoins elle n'avait fait que peu de progrès. Une fois la loi promulguée, elle en fit au contraire de rapides, si bien qu'à la fin de l'an dernier, elle comptait 292,000 adhérents et pouvait consacrer plus d'un demi-million de marcs annuellement pour les frais de médecins et de médicaments.

« La ville de Berlin a eu l'heureuse idée de faire imprimer à l'usage des membres du Congrès un livre jubilaire où ils trouveront la description de toutes les institutions sanitaires de la ville; il y aura là une réunion de documents précieux. »

Parmi toutes ces institutions, M. Virchow insiste en terminant sur une d'elles en particulier, sur le régime des eaux à Berlin, sur l'amenée de ces eaux, sur l'épandage des eaux d'égout. Grâce à ce système, l'aspect, la propreté, la salubrité de la ville ont changé du tout au tout depuis vingt ans. C'est que, malgré bien des objections, « à une époque où les prophètes de malheur poussaient comme des champignons », la municipalité s'est fait par l'étude une conviction à laquelle elle est restée fidèle. Par la construction d'égouts, l'amenée des eaux, l'achat des terres où se fait l'épandage, elle a dépensé 138 millions de marcs. Elle a su, il est vrai, trouver une combinaison financière telle, que le contribuable n'en porte pas la charge.

Grâce à cette intelligente direction, la ville de Berlin, qui sans doute n'a rien innové à proprement parler en ces matières, est la seule ville au monde où cette organisation soit aussi complète. Les champs d'épandage, au nombre de deux, un au Nord, un au Sud, ont 7,614 hectares de superficie, et sur l'exercice 1888-89, ils ont rapporté 238,000 marcs : et l'eau qui en sort est indiscutablement purifiée, mais, sauf exception, pour que cette purification soit certaine, il ne faut pas livrer directement les eaux d'égout aux propriétaires ; il faut que les pouvoirs publics conservent la haute main sur les terres ainsi cultivées. A cela, il y a un autre avantage d'ordre social : dans ses champs, la ville emploie un grand nombre de pensionnaires de ses maisons de correction et elle a ainsi rendu bien des vagabonds au travail honnête et rémunéré. De là, comme conséquence, la possibilité de transformer en maisons de convalescence certaines maisons d'arrêt désormais inhabitées.

« Excusez-moi, très honorés collègues, si j'ai fait sur ce point spécial une si longue digression. C'est que vous avez là l'exemple de ce que peut la volonté persévérante d'une municipalité indépendante décidée à avancer pas à pas dans la voie qu'elle s'est tracée en tenant compte de tous les progrès de la science. Je n'insisterai pas sur le travail désintéressé qu'ont dû fournir à cet effet des hommes dévoués au devoir à l'égal des meilleurs médecins. Ces hommes, vous les verrez à l'hôtel de ville, où une réception solennelle réunira les membres du congrès. Et d'eux vous apprendrez que presque toutes ces entreprises ont été faites et menées à bien depuis cette époque où l'on dit volontiers que tous les efforts de l'Allemagne sont concentrés vers la préparation de la guerre.

« Non, Messieurs, nous sommes partisans résolus de la paix. Nous savons que la paix vivifie et que la guerre tue. Nous désirons vivre en paix avec le monde entier pour pouvoir accomplir sans trouble le rôle d'humanité qui est dévolu à la science. Nous sommes heureux de nous voir entourés en ce jour d'un aussi grand nombre de collègues, qui tous partagent nos sentiments et dont la participation sera pour nous une nouvelle incitation au travail. Encore une fois, soyez les bienvenus dans notre cité! que chaque jour augmente entre nous la communion d'idées et la vraie amitié! »

M. Le Dr Lasser, prononce un discours dont voici le resumé : « Le Congrès connaît jusqu'ici trois langues; peut-être leur ajoutera-t-on une quatrième. Le Gouvernement de la République française a jugé la valeur scientifique du Congrès assez haute pour que trente-quatre savants, dont le nom fait autorité bien au delà des limites de leur pays, aient répondu à son appel. La place marquante que la médecine militaire occupe dans la médecine scientifique et pratique trouve une consécration effective dans le fait que les gouvernements étrangers ont délégué jusqu'à cinquante de leurs médecins militaires les plus haut placés pour connaître ici de toutes les conquêtes de l'humanité internationale. Les titres des communications annoncées forment déjà un volume de soixante-dix pages et leur nombre dépassera bientôt 1000. Le dixième Congrès peut fièrement se vanter d'être véritablement un congrès international. »

Après ce discours vivement applaudi, M. Gossler remercie, au nom de l'administration prussienne, les délégués des bienfaits qui lui arrivent de l'étranger sur les domaines des sciences naturelles et de la médecine. Il y a place pour tous les travailleurs et le nombre des travailleurs ne suffit pas à la grandeur de la besogne. M. Gossler se félicite de voir en Prusse le ministre de l'Instruction publique chargé en même temps du soin de l'hygiène et de la salubrité publiques et du recrutement du personnel médical.

b). — Séances des Sections du lundi 4 août 1890.

1re Section. — *Anatomie.*

1. M. Nuel, Liège : Sur la structure fibrillaire du protoplasma cellulaire. — 2. M. Dekhuyzen, Leyden : Sur l'endothelium avec démonstrations. — 3. M. A. van Gehuchten, Louvain : Le mécanisme de la sécrétion dans l'intestin moyen d'une larve de diptère. — 4. M. Barfurth, Dorpat : Sur les ponts cellulaires des muscles lisses (avec démonstration).

3e Section. — *Pathologie générale et Anatomie pathologique.*

4 heures de l'après-midi : Constitution du Bureau. — Election des Présidents d'honneur et des Secrétaires. — Rapports et commencement de la Discussion sur la 1re Thèse : La part des Leucocytes dans la formation des tissus. — M. Sperber, Kiel : Cas de difformité ossaire du fœtus. — M. Nieczaeff, Moscou : Une nouvelle méthode d'observation pour les altérations des microbes contenus dans les Leucocytes. — M. Max Wolff, Berlin : Etiologie des Actinomycoses.

7e Section. — *Chirurgie.*

A 3 heures et demie de l'après-midi : M. von Bergmann a montré aux membres de la section de chirurgie, la clinique royale (Ziegelstrasse 5-9) ainsi que les procédés d'opération et du pansement aseptique avec les appareils de stérilisation en usage dans sa clinique.

8e Section. — *Gynécologie et Obstétrique.*

A 4 heures de l'après-midi : I. L'antisepsie obstétricale. Rapporteur : A. Galabin, Londres. Co-rapporteurs : MM. Stad-

© ANM

feldt, Copenhague ; Slawjansky, Saint-Pétersbourg ; Fritsch, Breslau.

9e Section. — *Névrologie et Psychiatrie.*

A 8 heures et demie du matin : 1. M. R. Brower, Chicago : Locomotor Ataxia. — 2. M. L. Minor, Moscou : Contribution à l'étude de l'Hématomyélie et de la Syringomyélie. — 3. M. P. J. Moebius, Leipzig : Sur l'Akinesia algera.

10e Section. — *Ophtalmologie.*

A 4 heures de l'après-midi : 1. M. H. Knapp, New-York : Sur le traitement de la capsule pendant et après leur extraction. — 2. M. L. Vignes, Paris : Sur le traitement opératoire de la cataracte secondaire ; nouvelle pince-ciseaux pour pratiquer l'iridocapsulotomie. — 3. M. Julian J. Chisolm, Baltimore : The after-treatment of cataract operations by adhesive strips an one eye only and in light rooms. — 4. M. J. A. Tyner, Austin (Texas) : Preliminary capsulotomy in cataract extraction — 5. M. J. Juarez de Mendoza, Anger : La suture de la cornée dans l'opération de la cataracte.

11e Section. — *Otiatrie.*

A 3 heures et demie de l'après-midi : Rapport I. Les micro-organismes dans les maladies de l'oreille moyenne. Rapporteurs : MM. Moos, Heidelberg ; Zaufal, Prague.

12e Section. — *Laryngologie et Rhinologie.*

A 4 heures de l'après-midi : 1. M. B. Fränkel, Berlin : La Laryngologie depuis le dernier Congrès international en 1887. — 2. M. Max Berliner, Breslau : Sur l'Ozaena. — 3. M. G. Rosenfed, Stuttgart : Etiologie de l'Ozaena. — 4. M. Seifert, Wurzbourg : Rhinitis atrophicans.

17e Section. — *Médecine légale.*

A 4 heures de l'après-midi : La dénomination des médecins légaux de plus haute connaissance et ayant passé leur examen répond-elle aux exigences de la justice moderne ? Rapporteur : M. Schwartz, Cologne.

Sir Robert Lister, de Londres, fait un discours en anglais *sur l'état actuel de la chirurgie.*

« Le père des pansements antiseptiques », auquel la chirurgie doit les merveilleux résultats qu'elle atteint, expose tout le développement de cette méthode. Il reconnaît que la méthode qu'il a exposée contient des erreurs à certains points de vue.

L'emploi du spray ne lui paraît avoir aucun avantage pour la cicatrisation des plaies et il avoue s'être trompé lorsqu'il a admis que les microbes de l'air étaient détruits par la pulvérisation de liquides antiseptiques. Il recommande comme substances antiseptiques, le cyanate de zinc et le cyanate de mercure, deux corps qu'il a beaucoup expérimenté dans ces derniers temps.

M. Robert Koch fait ensuite un discours sur *la bactériologie.*

« La bactériologie est, dit-il, une des sciences les plus récentes dans le domaine de la médecine ; il n'y a guère plus de quinze ans que l'on a trouvé dans les liquides en putréfaction des bactéries que l'on ne pouvait pas encore différencier nettement, et d'ailleurs, si l'on s'en était tenu aux procédés d'alors, on ne serait pas bien avancé. On en serait probablement resté là longtemps, si, par hasard, on n'avait découvert avec des procédés nouveaux, de nouvelles espèces de micro-organismes correspondant à certaines maladies déterminées. On pourrait espérer, trouver pour chaque maladie le micro-organisme qui lui correspond, espérance qui jusqu'à présent n'est pas encore complètement réalisée. Il n'est plus possible, en face des faits démontrés par les nouvelles recherches, de refuser aux bactéries une existence propre, de les rattacher aux moisissures, de les considérer comme le produit de cellules pathologiques. Nous avons affaire à des espèces bien caractérisées et une maladie infectieuse causée par des micro-organismes peut être nettement démontrée comme telle.

« Dans de certaines limites, il peut y avoir des modifications du type ordinaire des bactéries, de telle sorte que l'on peut parler de variétés. Mais les écarts du type ordinaire ne sont jamais bien considérables et il n'est pas nécessaire de créer de nouvelles espèces. A certaines différences dans la forme, nous pouvons nettement distinguer certaines variétés ; par leurs caractères morphologiques et biologiques, il nous est toujours possible de déterminer l'espèce. Dans cette détermination, on ne saurait être trop rigoureux. Le bacille typhique nous fournit un exemple de la difficulté de détermination des espèces de bactéries ; un bactériologiste très exercé est seul capable de le séparer des autres espèces analogues. Il nous faut arriver à connaître plus exactement toutes les bactéries importantes, car c'est par là seulement que nous arriverons à pouvoir faire une prophylaxie rationnelle. Les bacilles de la tuberculose, par exemple, ont des caractères tellement tranchés qu'ils rendent leur confusion impossible et cependant il faut toujours se livrer à un examen aussi exact que rigoureux. »

L'orateur rappelle longuement ses premières expériences sur ce sujet.

Les bacilles de la tuberculose se caractérisent précisément par l'invariabilité qu'ils présentent dans leurs caractères. Toutes les formes de la tuberculose sont identiques et toutes les nouvelles recherches prouvent surabondamment que l'on doit plutôt étendre que resserrer les limites de cette espèce particulière.

Quel rapport existe-t-il entre les bactéries et la maladie ? L'idée que les micro-organismes doivent être la cause des maladies infectieuses a été énoncée de bonne heure ; mais on était très sceptique à l'égard des premières découvertes faites dans ce domaine. On faisait l'objection que microbes et maladies pouvaient exister concurremment et que, sous l'influence du processus pathologique, les microbes pouvaient se former aux dépens de microbes préexistant. Mais, depuis qu'il a été prouvé que le microbe se rencontre dans chaque cas particulier d'une même affection, que dans aucune autre affection on ne constate ce même parasite, que l'on peut l'isoler du corps et qu'il peut reproduire la même affection, il est impossible de ne voir en lui qu'un simple accident de la maladie ; on est obligé de le considérer comme la cause propre de la maladie.

La preuve a été faite d'une manière définitive pour un grand nombre d'affections. On a démontré aussi que jamais un parasite n'existe par hasard, de telle sorte que lorsque les deux premières conditions indiquées plus haut sont remplies, on peut conclure du rapport causal du microbe avec la maladie. Le choléra, par exemple, doit être considéré comme une maladie parasitaire, et l'on peut admettre que le bacille du choléra en est bien la cause. C'est maintenant seulement que nous pouvons nous rendre compte de la pénétration dans le corps des causes pathologiques, et que nous pouvons savoir si nous sommes en présence de véritables parasites, ou s'il s'agit de parasites pouvant vivre en dehors du corps. Ces faits sont d'une importance très grande pour la prophylaxie. De nombreux processus pathologiques, qui jusqu'à présent étaient énigmatiques, deviennent très compréhensibles, tels sont la diphtérie, la scarlatine, etc.

Un point fort intéressant est celui des toxalbumines (albuminoïdes toxiques). Toutes ces choses ne sont pas encore absolument déterminées, mais il est de plus en plus démontré que les considérations d'autrefois perdent du terrain.

Il est des bactéries qui sont tuées par la lumière du soleil. Ce qui est fort remarquable aussi, c'est que la lumière diffuse peut avoir une action semblable, quoique plus lente. L'étude des causes des maladies infectieuses nous a appris que les bactéries pénétraient dans notre organisme sous forme de poussières. Sur ce terrain, la bactériologie a fait des progrès immenses, qu'elle n'a pas fait, par contre, à d'autres points de vue. Il ne nous a été possible que tout récemment d'étudier la structure des bactéries et de différencier un noyau du protoplasma cellulaire. La bactériologie est restée impuissante là où on s'y attendait le moins, dans des affections comme la rougeole, la coqueluche, l'influenza, etc. Peut-être ne s'agit-il pas là de bactéries, mais de corps organisés appartenant à un autre groupe d'organismes. Cela est d'autant plus probable que dans la malaria on a trouvé des organismes appartenant à la classe des protozoaires. On ne fera de nouveaux progrès qu'en étudiant la vie et le développement de ces protozoaires.

A la fin de son discours, l'orateur réfute les objections faites de différents côtés à sa science que l'on accuse de n'avoir pas d'importance pratique.

© ANM

La bactériologie, dit-il, est de toute importance pour la thérapeutique générale. Sans doute, il est des affections à marche rapide, comme le choléra, où il faudra toujours plus d'importance à la prophylaxie, mais il en est d'autres où le rôle de la bactériologie sera différent. Des expériences faites sur les animaux nous ont appris que certaines substances pouvaient, à très petites doses, entraver le développement de certains bacilles. Il suffit d'entraver la nutrition de ces parasites pour les rendre inoffensifs. On a déjà fait de grands progrès dans ce sens. S'il nous était possible de devenir maîtres de ce puissant ennemi dans le corps de l'homme, nous aurions devant nous un champ de travail inépuisable.

Puisse, sur ce terrain, chaque nation chercher à conquérir la priorité, pour le bien de l'humanité entière !

Séances des Sections du mardi 5 août.

1re Section. — *Anatomie.*

A 9 heures du matin : I. Rapports de MM. Turner, Edimbourg et Waldeyer, Berlin, sur le thème : Les circonvolutions du cerveau.

II. Discours : 1. M. Cunningham, Eublin : A stage of the growth of the primate brain. — 2. M. Max Flesch, Francfort ; Sur la signification des sillons secondaires dans quelques régions cérébrales. — 3. M. Bellicolore, Lille : La topographie cranio-cérébrale. — 4. M. Benedikt, Vienne : Thèse réservée. — 5. M. Hasse, Breslau : Les conformations du thorax et leurs variations pendant la respiration. — 6. M. Braune, Leipsig : Mécanisme articulaire. — 7. M. Meyer, Zurich : Supplément des courbes aux articulations.

A 3 heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre de l'Institut anatomique (Louisenstrasse), dans le parc de l'Ecole vétérinaire.

I. Discours : 1. M. P. Poirier, Paris : Contribution à l'anatomie du testicule avec quelques considérations sur la pathogénie des kystes de l'épididyme. — 2. M. L. Dalla Rosa, Vienne : Démonstration d'un nouveau procédé pour la conservation des cadavres entiers dans le but de préparation. — 3. M. L. Brunetti, Padoue : Sur la méthode de tannisation de tissus animaux. — 4. M. Ferd. Hochstetter, Vienne ; Développement des veines des extrémités chez les amniotes. — 5. M. Soffianti, Pavie : Communicazione sopra una sezione medjana verticale antero-posteriore mediante congelamento di cadavere al sesto mese di gestazione.

II. Démonstrations dans la salle des Microscopes de l'Institut anatomique : 1. M. Nuel, Liège : Sur la structure fibrillaire du protoplasma cellulaire. — 2. M. D. A. van Gehuchten, Louvain : Le mécanisme de la sécrétion dans l'intestin moyen d'une larve de diptère. — 3. M. Dekhuyzen, Leiden : Sur l'endothelium avec démonstrations. — 4. M. Kölliker, Wurzbourg : Démonstration des préparats de Golgi sur la moelle épinière et le cerveau. — 5. M. Katz, Berlin : Sur l'organe de l'ouie. — 6. M. Oppel, Munich : Sur les capillaires biliaires et le tissu conjonctif du foie, d'après la méthode Golgi, modifiée (avec démonstration). — 7. M. A. Böhm, Munich : Sur les phases principales de la fécondation des œufs de la lamproie (avec démonstration).

2e Section. — *Physiologie et Chimie physiologique.*

A 9 heures du matin : 1. M. Chauveau, Paris : Sur la chaleur produite par la contraction musculaire. — 2. M. A. Adamkiewicz, Cracovie : La vascularisation de la moelle allongée et de ses centra avec démonstration. — 3. M. S. J. Meltzer, New-York : Sur le rythme de la respiration et des pulsations du cœur. — 4. M. G. Rummo et A. Ferranini, Naples : La circulation du sang dans le cerveau humain pendant le sommeil. — 5. M. H. P. Bowditch, Boston : The law of growth studied by Galtons method of percentile grades. — 6. M. Arloing, Lyon : Expériences sur les rapports du sympathique cervical avec les sécrétions et l'évolution épidermique. — 7. M. A. Mosso, Turin : Sur des recherches faites sur les muscles humains et démonstration de l'Ergographe.

A 3 heures de l'après-midi : 1. M. Ch. Richet, Paris : Une expérience sur la polypnée thermique. — 2. M. François Frank, Paris : Examen de la fonction des oreillettes et des ventricules du cœur au moyen d'une nouvelle méthode de Cardiographie extérieure avec applications à l'étude de l'innervation cardiaque et des poisons du cœur. — 3. M. Danilewsky, Charkow : Sur une nouvelle méthode cardiodynamométrique. — 4. M. F. B. Haycraft, Edinburgh : Demonstration of a new method of determining the specific gravity of the blood. — 5. M. Siegmund Mayer, Prague : Arrêt et réhabilitation de la circulation du sang dans la tête. — 6. M. Ponfick, Breslau : Démonstration d'un foie régénéré.

A midi, M. le Dr Zuntz a fait une démonstration d'une collection d'appareils pour la mesure du processus de la respition de l'homme, des petits et grands animaux, dans la narcose par le curare et pendant le travail, dans l'institut de physiologie animale. Laboratoire de l'Ecole d'Agronomie landwirthschaftliche Hochschule Invalidenstrasse, 42.

3e Section. — *Pathologie générale et anatomie pathologique.*

A 9 h. du matin : Questions bactériologiques : 1. M. Cornil, Paris, et M. Babes, Bukharest : Des associations bactériennes dans les maladies. — 2. M. Pio Poà, Turin : Biologie du diplococcus en forme de lancette. — 3. M. Charrin, Paris, en collaboration avec M. Gley, agrégé à la Faculté : Le mode de l'action de la substance microbienne qui empêche la diapédèse. — 4. M. Babes, Bukharest : Des altérations histologiques des organes dans la diphtérie. — 5. M. N. Gamaleïa, Paris : Sur la reproduction du choléra chez les lapins. — 6. M. A. P. Fokker, Groningen : Sur la notion du parasitisme dans la pathologie. — 7. M. Babes, Bukharest : Sur l'hémoglobinurie contagieuse du bétail (avec démonstrations). — 8. M. Nieczaeff : Une nouvelle méthode d'observation des microbes se trouvant dans les leucocytes. — 9. M. Max Wolff : Etiologie de l'Actinomycose.

A 2 heures après-midi : M. Phisalix, France : De l'influence du milieu ganglionnaire sur la vitalité du bacillus anthracis. — M. Ch. Firket, Liège : Démonstration microscopique d'éléments anormaux dans le revêtement épithélial d'une tumeur. — M. Arloing, France : a) Remarques sur les propriétés zymotiques de certaines sécrétions microbiennes. b) Sur la pleuropneumonie contagieuse du gros bétail. — M. Tripier, Lyon : Recherches sur la constitution des tubercules miliaires. — M. Gross, Cracovie : a) Contribution à la question de la pathogénie des bacilles du typhus. b) Une vaccination réussie de l'actinomycose dans la chambre antérieure des yeux de lapin, avec démonstrations. — M. Giebier, New-York : Théorie nouvelle sur les tempéraments. — M. F. Formad, Philadelphia : Remarks on dissecting aneurisms.

4e section. — *Pharmacologie.*

A 10 heures du matin : 1. M. John E. Brackett : Sur le Salol. — 2. M. Jul. Pohl : Sur l'absorption et la division du chloroforme dans le corps des animaux. — 3. M. Petresco, Bukharest : a) Sur l'action hypercinetique de la caféine. b). Sur l'action microbicide de l'eucalyptol, de la créosote du gaiacol de l'essence de térébenthine et de l'iodoforme. — 4. M. M. Schmidt, Astrakan : Sur la nature du poison des poissons. — 5. M. Poulson, Christiania : Sur les contenus vénéneux de l'Extractum filicis volatil. — 6. M. Nitschmann : Sur le Sozojodol. — 7. M. Plugge Sur l'Andromédotoxin. — 8. M. Corput : Sur le mécanisme de l'intoxication aiguë par le phosphore.

5e section. — *Médecine interne.*

A 9 heures du matin : 1. Le traitement des maladies des reins. Rapporteurs : M. M. Lépine, Lyon ; Grainger Stewart, Edinburg. — 2. Sur le traitement de la phtisie pulmonaire, spécialement dans les hôpitaux anglais des phtisiques. Rapporteurs : MM. H. Weber, London ; A.-S. Kretschmer, New-York ; pour la discussion M. Dettweiler, Falkenstein. — 3. Sur le traitement du diabète. Rapporteurs : MM. Pavy, Londres ; Dujardin-Beaumetz, Paris ; Seegen, Vienne. — 4. M. Lewaschew, Kasan : Sur la thérapeutique du diabète. — 5. M. Kohos, Manchester : Sur le diabète. — 6. M. Riess, Berlin. : Sur la valeur thérapeutique de la faim dans le diabète. — 7. Sur le traitement des maladies du cœur. Rapporteur M. Nothnagel, Vienne. — 8. M. E. Cutter, New-York : Physical Causes of heart diseases and their treatment. — 9. Signori G. Rummo and A. Ferranini, Naples : On the clinical application of the cardiac Medicamentations. — 10. MM. Ebstein et Nicolaier, Goettingen : Démonstration des calculs résultants de la nourriture par

© ANM

oxanide. — 11. M. Kidd, London: Sujet réservé. — 12. M. d'Espine, Genève : Sujet réservé. — 13. M. V. Jaksch, Prague : Sur l'uricacidœmie. — 14. M. Adamkiewiez, Cracovie : Sur l'élévation de la pression intra-cranienne et ses phénomènes. — 15. M. Lewachew, Kasan : Sur le traitement opératoire de la pleurite exsudative. — 16. M. van Tienhoven, Haag : Enurèse nocturne chez les enfants. — 17. M. Talma, Utrecht : Sur la pathologie du sympathicus gastrique. — 18. M. Loomis, New-York : Sujet réservé.

6e Section. — *Pédiatrie.*

A 10 heures du matin : 1. M. Ashby, Manchester : Sur l'antipyrèse chez les enfants. — 2. M. Gillet, Paris : Digestion pancréatique chez l'enfant à l'état de santé et de maladie. — 3. M. Jacobi, New-York : Some Indications for phosphoreous Treatment.

7e Section. — *Chirurgie.*

A 9 heures du matin : Constitution du bureau. — 1. M. Ollier, Lyon (France) : L'ostéogénésie chirurgicale. — 2. M. König, Göttingen (Allemagne) : L'ascite tuberculeuse et son traitement, etc., etc.

7e (a) Sous-Section. — *Chirurgie orthopédique.*

A midi : 1. MM. Newton et Schaffer, New-York : Sur les limites et sur les problèmes de la Chirurgie orthopédique. — 2. M. Alb. Landerer, Leipzig : Sur le traitement du pied plat. — 3. M. A. B. Judson, New-York : Sur le Pes calcaneus. — 4. M. Hoffa, Wurzbourg : a) Sur le rapport de la contraction avec l'ankylose. b) Sur le pectus infundibulum. — 5. M. Robert W. Lowet, Boston : Sur l'effet de la haute température dans les maladies articulaires. — 6. M. B. E. Brodhurst, Londres : Traitement de la Scoliose.

8e Section. — *Gynécologie et Obstétrique.*

8 heures du matin : 1. M. Barbour, Edimbourg : Frozen Sections from the eight month of pregnancy, the first and second stages of labour, immediately after delivery. — 2. Leopold, Dresde : Démonstration de préparats sur la grossesse extra-utérine. — 3. Dührssen, Berlin : Démonstrations obstétricales. — 4. M. Neugebauer, Varsovie : Démonstration de préparations anatomiques. — 5. Jürgens, Berlin : Démonstration de deux bassins de femmes ayant une structure défectueuse des parties génitales. — 6. M. Sabatier, Lyon : Bassin à double synostose sacro-iliaque sans rétrécissement transversal. — 7. Olshausen, Berlin : Démonstration de préparations et de patients. — 8. Calderini, Parme : Démonstration obstétricale. — 9. M. von Ott, Saint-Pétersbourg : Pour les lois de périodicité et ses rapports physiologiques chez la femme.

11 heures du matin : H. Thèse : L'hystérectomie vaginale, Rapporteur : M. Williams, Londres ; Co-rapporteurs : M. Pozzi, Paris, M. Schauta, Prague, M. Olshausen, Berlin. — 1. M. Fritsch, Breslau : Démonstration de préparats acquis par l'hystérectomie vaginale et provenant de la vagine invertie. — 2. M. Sajajtzky, Moscou : Hystérectomie vaginale dans le cancer de la matrice. 65 cas d'hystérectomie vaginale opérés personnellement et rapport statistique de cette opération en Russie. — 3. M. Frommel, Erlangen : Méthode périnéale.

3 heures de l'après-midi : 1. M. Schutz, Rostock : Causes de de la torsion de la tête du fœtus autour de l'axe du canal pelvien. — 2. M. Zweifel, Leipzig : Etudes sur le mécanisme de l'accouchement. — 3. Pestalozza, Pavie : Graphique du pouls de fœtus dans l'utérus de la mère. — 4. M. Skutsch, Iéna : Mesure du bassin. — 5. M. J. Chalmers-Cameron, Montréal : Some further observations of the influence of leucaemia upon pregnancy and labour. — 6. M. Küstner, Dorpat : Histologie des ligaments amniotiques. — 7. M. J. Stuart-Nairne, Glasgow : Investigations into some of the causes of incontinence of the urine in females and their cure by surgical operation. — 8. M. Neugebauer, Varsovie : Traitement de l'inversion utérine chronique par la pression hydrostatique.

9e Section. — *Névrologie et Psychiatrie.*

Deuxième séance : 5 août à 1 heure de l'après-midi. La chirurgie du système nerveux central. Rapporteur : M. le Dr Victor Horsley, Prof. de Londres. — 1. M. Burckhardt, Préfargier : Excisions d'écorce cérébrale comme contribution au traitement chirurgical des Psychoses. — 2. M. L. Bremer, St-Louis. Microscopical Demonstrations of the carliest lesions in the endothelium of the smaller cerebral vessels in a case of precocious brain syphilis. — 3. M. Mies, Paris. Sur un instrument pour la ponction de la tête, du crâne et du cerveau. — 4. M. Magnan, Paris. Les folies intermittentes. — 5. M. Binswanger, Iena. Convulsions expérimentales obtenues de la moelle allongée du chien. — 6. M. C. v. Monakow, Zurich. Etude sur l'anatomie pathologique des perturbations cordiales de la vue (avec démonstrations). — 7. M. Adamkiewicz, Cracovie. Sur la vascularisation de la moelle allongée. — 8. M. Edg. Bérillon, Paris. Les indications formelles de l'hypnotisme et de la suggestion dans le traitement des maladies du système nerveux. — 9. M. Th. Buzzard. Londres : Thèse réservée.

1. M. Witmer. M. D., Washington. Insanity in the colored race in the United States. — 2. M. Régnier, Paris : Rapports de la syphilis cérébrale et de la paralysie générale. — 3. M. O. Snell, Munich : Démonstration de boutons à ressorts pour fermer les habits des aliénés. — 4. M. Thyssen : Sur l'Astasie-Abasie.

10e Section. — *Ophtalmologie.*

A 10 du matin : 1. Le trachome. Rapporteur : M. Rahlmann, Dorpat ; Co-rapporteur : M. Schmid-Rimpler, Göttingue. — 2. M. Swan M. Burnett, Washington : Radical influence in the etiology of trachoma. — 3. M. Hubert Sattler, Prague : Sur la propagation géographique du trachoma. — 4. M. John E. Weeks, M. D., New-York : The Pathology of acute contagious Conjunctivitis. — 5. M. Carl Crossmann, Liverpool : Blennorrhoea neonatorum. — 6. M. Goldzieher : Budapest : Pathologie et thérapeutique du ptérygium. — 7. M. Gustave Schwabe, Leipzig : Dilatation de la fente palpébrale dans les affections de la cornée. — 8. M. Wicherkiewez, Posen : a) Autoplasie après extirpation des tumeurs ayant occupé l'épaisseur totale de la paupière. b) Contribution à l'étude d'Ectropium avec congenitum.

A 3 heures de l'après-midi : 1. M. Valude, Paris : Le strabisme névropathique. Etude de pathogénie. — 2. H. Gradle, Chicago. Méthode pour déterminer le strabisme latent. — 3. M. O. M. Berry, Edimbourg : a) A stereoscopie phenomenon. b) Maddox method of determining the point of equilibrium of the ocular muscles. — 4. M. Schneller, Dantzig : Contribution à la théorie du strabisme fondées sur des recherches anatomo-pathologiques. — 5. M. Landolt, Paris : La désignation des prismes dans la pratique ophtalmologique. — 6. M. Swan, M. Burnett, Washington : A metrie System of numbering and mesuring prisms, with exhibition of instrument for testing prisms.

11e Section. — *Otiatrie.*

A 9 heures du matin : 1. Les micro-organismes dans les maladies de l'oreille moyenne et leurs complications. Rapporteurs : MM. Moos, Zaufal. — 2. Cholestéatome de l'oreille. Rapporteurs : MM. Kuhn, Bezold. — 3. Peut-on considérer l'ouverture de l'apophyse mastoïde faite en partant du conduit auditif externe comme égalant les autres méthodes communément employées? Rapporteur : M. Hessler. — 4. Traitement consécutif à l'ouverture de l'apophyse mastoïde par le ciseau. Rapporteur : M. Kretschmann.

A 2 heures de l'après-midi : 1. Indications concernant l'excision du marteau et de l'enclume. Rapporteur : M. Stacke. — 2. M. Samuel Sexton : Treatment of deafness, noises in the head and o'orrhoea by excision of the drumhead and ossicles. — 3. M. Suarez de Mendoza : Sur l'ablation des osselets de l'ouïe dans certaines formes d'otite moyenne, accompagnée de vertiges violents. — 4. Rapporteur : M. Steinbrügge. Anatomie pathologique du labyrinthe.

12e Section. — *Laryngologie et Rhinologie.*

A 9 heures du matin : A. Diagnose et Thérapeutique de maladies des sinus avoisinants les fosses nasales. Rapporteurs : MM. P. Mc. Bride, Edinbourg, Ph. Schech, Munich. — 1. — MM. Bresgen, Francfort-s.-M. : Le traitement siccatif du nez et de ses sinus. — 2. M. K. Vohsen, Francfort-s.-M. : Eclairage de la cavité de Higmors et du sinus frontal pour le diagnostic de leurs affections et pour le traitement opératoire. — B. Déviations de la Cloison. Rapporteurs :

© ANM

MM. J. Moure, Bordeaux et A. Hartmann, Berlin. — 1. M. A. Gouguenheim, Paris : Abcès chaud de la cloison nasale avec déformation consécutive du nez. — 2. M. O. Laurent, Hal : Oblitération des ouvertures nasales par épaississement symétrique de la cloison. — 3. M. Toeplitz, New-York : a) Sur les causes de la perforation de la cloison nasale. b) Un cas singulier de tumeur du larynx. — 4. M. Loewe : Sur les exostoses de la cloison. — 5. M. E. Stepanoff : Sur les cas possibles des glandes hyalines dans le tissu des polypes muqueux du nez et du polype de l'oreille; remarques sur les corps hyalins du rhino-sclérome. — 6. M. William Chapmann Jarvis, New-York : An original, safe and reliable system for removing intra-nasal growths. — 7. M. J. Michael, Hamburg : a) Sur le Melanosarcome du nez et les polypes aérés de celui-ci. b) Une complication singulière de la trachéotomie chez les vieillards.

A 2 heures après-midi ; 1. Diagnose et Thérapeutique du Larynx. Rapporteurs : MM. Henry T. Butlin, Londres ; J. Gottstein, Breslau. — 2. J. H. Bosworth, New-York : A study of malignant disease of the upper air tract. — 3. M. Jos. Neumann, Budapest : a) Contribution à l'histologie du Cancer du Larynx (Communication de la section de l'hôpital du Pr Navratil). — 4. M. Störk, Vienne : Un nouveau cas de guérison de cancer du larynx avec observations sur les cautèles dans l'extirpation du larynx. — 5. M. P. Pieniazek, Krakau : Sur les fissures du larynx d'après expériences propres. — 6. M. O. Chiari, Vienne : Sur la pachydermia laryngis. — 7. M. A. Kuttner, Berlin : Sur la question de la pachydermia laryngis. — 8. M. L. Przedhorsky, Lodz : Un cas de tuberculose du larynx.

13e Section. — *Dermatologie et Syphiligraphie.*

A 9 heures du matin : Thèse I. Traitement des maladies inflammatoires de la peau (M. O. Lassar, Berlin). Rapporteurs : MM. Leloir, Lille ; Mapother, Londres. — Thèse II. Diagnose, prognose et thérapeutique de la gonorrhée chronique chez l'homme et chez la femme. (M. Doutrelepont, Bonn). Rapporteurs : MM. Campana, Gênes ; Finger, Vienne ; Jullien, Paris ; Nöggerath, Wiesbaden ; Sinclair, Manchester. — Thèse III. Nature des exanthèmes médicaux. — M. de Smet, Bruxelles : Contribution à l'étude du lymphangiome circonscrit. — M. Jullien, Paris : *a*) Syphilis et diabète ; *b*) Les cicatrices des plaques muqueuses ; *c*) De la déformation des maxillaires dans la syphilis héréditaire. — M. Sigm. Lustgarten, New-York : *a*) Un nouveau cas de Psorospermosis follicularis (avec démonstrations microscopiques) ; *b*) Théorie des causes premières de la mort.

14e Section. — *Odontologie.*

A 8 heures et demie du matin : Expériences avec le Sciopticon, lumière électrique. Annoncés MM. Mummery, Londres. Andrews, Boston ; Scheff, Vienne ; Hamer, Utrecht ; Schmidt, Lübeck ; Baker. (Démonstrations).

A 3 heures et demie de l'après-midi : MM. Abiny et Schneider : Narcose par le bromoethyl. M. Hillischer : Gaz narcotique; appareil transportable préparant le mélange à la bouche du patient. M. Davis : Narcose par l'azote oxydulée. M. O'Brien. Dresde : Rapid filling by use of the Bonwill-Mallet. M. Clapp : Remplissage avec or et amalgame. M. Weber : Crownwork dans la périostite des canines. M. Timme : Couronnes d'or. M. Geo W. Melotte, Uthaca N. Y. U. S. A. : Crown-and Bridge-work. M. Curts, Syracuse : Crown-and Bridge-work. M. Briggs : Crowns-and Bridge-work, M. Emil Flörke, Brême: Démonstration d'appareils électriques. M. Harvalik : Marteau pneumatique et nouvelle machine à trouer à manche, M. Berten : Emploi du « pied de chèvre » dans l'extraction.

15e section. — *Hygiène.*

A 8 heures du matin : 1. Dangers de la prostitution au point de vue sanitaire et moral pour le peuple. Mesures pour combattre la prostitution en général et en particulier ainsi que dans la voie internationale, Rapporteurs : MM. Thiry, Bruxelles; Kaposi, Vienne. — 2. Etat actuel de la discussion sur la tuberculose. Mesures internationales à prendre contre la maladie. Rapporteurs : MM. Sormani, Pavie ; Cornet, Berlin. — 3. Quelles sont les mesures préventives à prendre contre la diphtérie? Rapporteurs : M. Löffler, Greifswald. — 4. Hygiène dans les établissements pour y restreindre l'accumulation de personnes (Asiles de nuit, maisons pour les enfants trouvés, maisons pénitentiaires). Rapporteurs : MM. M. Gruber, Vienne ; Erismann, Moscou ; Baer, Berlin.

La suite des communications dans chaque section a été fixée ultérieurement et le comité d'organisation s'en est réservé le droit.

15e *(a)* Sous-Section. — *Hygiène des Chemins de fer.*

A 10 heures 1/2 du matin : 1. Les systèmes du sauvetage dans les catastrophes de chemins de fer. Rapporteur : M. Herzog, Munich. — 2. Hygiène des voyageurs dans les trains. Rapporteur : M. V. Czatary, Pesth.

16e Section. — *Géographie médicale et Climatologie.*

A 11 heures du matin : 1. Le béribéri considéré au point de vue de l'étiologie et de la thérapie. Rapporteur : M. Pekelharing, Utrecht. Co-rapporteur : M. Wernich, Cöslin. — 2. M. Carlsen : La diphtérie au Danemark.

17e Section. — *Médecine légale.*

A 10 heures du matin : 1. Sur quelques altérations cadavériques (avec démonstrations). Rapporteur : M. V. Hofmann, Vienne. — 2. M. Ungar, Bonn : Sur l'importance. — 3. L'air introduit dans les poumons par la respiration peut-il disparaître des cadavres, de telle façon que les poumons de nouveau-nés présentent les critères des poumons d'enfants qui n'ont pas respiré du tout ? Rapporteur : M. de Vischer, Gent.

18e Section. — *Hygiène militaire.*

A 9 heures du matin : 1. Sur l'emploi des baraques transportables pour malades en guerre et en paix. — Rapporteurs : MM. le Generalstabsarzt von Coler ; Nimier, Paris. — 2. Dr Daubler, médecin-major en retraite de l'armée des Indes Néerlandaises. Démonstration d'une baraque transportable pour les malades aux tropiques (en emploi depuis près d'un an à Zanzibar). — 3. Le traitement antiseptique de blessures en campagne dans les armées différentes peut-il être uniformément ordonné dans ses points principaux, — ou comment peut-on arriver à obtenir que les médecins d'une armée puissent atteindre un état aseptique permanent des blessures avec le matériel sanitaire d'une armée étrangère ? — A. Antisepsie primaire (sur le champ de bataille). — B. Traitement ultérieur (dans les hôpitaux). Rapporteurs : Generalarzt à la suite du Corps de Santé, M. von Bergmann ; M. Notter, Netley. — 4. M. Weber, Besançon : Sur les meilleurs pansements de guerre.

Séance du 5 août.

Communication de M. Magnan, médecin de l'asile Sainte-Anne, à Paris. (9e Section : *Neurologie* et *Psychiatrie*).

L'étude de M. Magnan, sur les folies intermittentes, a pour objet de réunir dans une même espèce pathologique la folie intermittente, les cas de folie périodique, de folie à double forme, de folie circulaire, de folie alterne, de folies cycliques, en un mot, que rapprochent cliniquement des caractères communs, constants, basés sur l'étiologie, l'évolution de l'accès, l'invasion, la marche, le déclin, sur la forme et le contenu du délire, sur la nature des intermittences qui séparent les accès, sur la marche générale des accès, que ceux-ci soient simples, isolés ou combinés, sur leurs rapports réciproques et sur les modifications qui se produisent avec les progrès de la maladie.

Ainsi envisagée, la folie intermittente, tout en étant très compréhensive, repousse néanmoins de son cadre des faits qui appartiennent à d'autres espèces pathologiques, notamment à la folie héréditaire.

Tous ces caractères généraux sont déduits d'une série d'observations de très longue durée, comprenant un très grand nombre d'accès dont il est facile de suivre la succession par l'examen de diagrammes indiquant la durée, la forme, le caractère et les modifications qui se produisent dans les accès, qu'ils soient simples, cycliques ou combinés.

La folie intermittente, dit M. Magnan, est une espèce pathologique se traduisant par la répétition chez un sujet à prédis-

© ANM

position latente, jusque-là sain d'esprit, d'accès maniaques ou mélancoliques, isolés ou combinés de diverses manières, mais présentant toujours une évolution, une marche et des caractères généraux communs qui les réunissent et les distinguent de toutes les autres espèces de folie.

En conservant la dénomination de folies *intermittentes*, M. Magnan a tenu à bien établir les caractères particuliers de la période intercalaire pendant laquelle l'intelligence reste intacte, du moins au début, et durant une longue phase de la maladie.

Après avoir passé en revue l'invasion, la marche, le déclin de l'accès de folie intermittente et indiqué les lignes qui, dès le premier accès, permettent d'avoir de grandes présomptions, sinon la certitude pour le diagnostic, M. Magnan insiste sur la nature de l'intermittence. L'intermittence, c'est-à-dire l'intervalle lucide qui sépare les accès, évolue en raison inverse de l'accès ; tandis que celui-ci s'accroît, s'allonge avec le progrès de la maladie ; l'intermittence, au contraire, diminue, se raccourcit. L'intermittence ne varie pas seulement comme étendue, elle se modifie aussi notablement. Au début, l'intermittence, habituellement très longue, s'accompagne de l'intégrité complète de l'intelligence, et le sujet, après son premier accès, reprend ses occupations, sa place dans la famille, son rang dans la société, sans que rien dans ses facultés intellectuelles, ses sentiments et ses penchants, son caractère, son moral et ses actes décèle la moindre atteinte morbide, et il en est ainsi pendant un grand nombre d'années pour la plupart des cas.

L'intermittence complète n'est pas admise par tous les auteurs. Toutefois, Falret et M. Baillarger ne manquent pas de signaler, pendant l'intermittence, le retour à la santé, et cependant, il s'agit pour eux de cette période en général assez avancée de la folie intermittente, dont ils font des formes spéciales, la folie circulaire, la folie à double forme. Cette manière de voir, en ce qui concerne l'état valide du cerveau, n'est pas partagée par MM. Krafft-Ebing et Schüle qui, dans l'intervalle des accès des folies périodiques, circulaires, alternes, ne trouvent pas d'intermittence complète, mais bien un cerveau invalide avec des troubles intellectuels.

Cette divergence d'opinion paraît s'expliquer par ce fait, que le cadre des folies périodiques, trop agrandi, laisse pénétrer un grand nombre de cas appartenant aux dégénérés. Du reste, M. Krafft-Ebing considère lui-même comme une manie périodique la dipsomanie qui est un des syndromes épisodiques, un des stigmates psychiques les mieux établis de la folie héréditaire.

M. Schüle également, laissant au second plan l'état des formes intellectuelles, tient compte, avant tout, de l'apparition d'accès maniaques, mélancoliques ou délirants à des époques plus ou moins régulières, et plusieurs des observations de ses psychoses périodiques et circulaires appartiennent à des dégénérés. Une des observations notamment, observ. IV L. des formes circulaires, est très démonstrative sous ce rapport. Il s'agit d'un sujet qui, dès l'âge de 16 ans, est en proie à un accès mélancolique chez lequel on voit plus tard intervenir la dipsomanie et qui, après une série d'accès de manie périodique, tombe vers l'âge de trente ans dans la démence.

Au début, et pendant une longue période de la maladie, l'intelligence est intacte, mais, avec la répétition et la prolongation des accès, quelques modifications interviennent. La lucidité est entière, la portée intellectuelle ne diminue pas d'abord, mais on constate tantôt une certaine irritabilité, une activité remuante qui n'est pas ordinaire ; d'autres fois, au contraire, c'est de l'apathie et de la nonchalance qui paraît d'autant plus accusée qu'on la compare à l'état habituel de santé du sujet.

Plus tard encore, il survient une tendance à la démence, un peu d'affaiblissement de la mémoire, de la lenteur dans les conceptions, moins de rectitude du jugement, moins de netteté, de précision dans les idées ; mais on ne doit pas perdre de vue, à ce moment, qu'en dehors de l'accumulation des accès, on doit encore tenir compte du progrès de l'âge, car ce n'est qu'après un grand nombre d'années et conséquemment sur des sujets déjà âgés que l'on commence à remarquer la déchéance intellectuelle.

Séance du 5 août 1890

SECTION DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE.

Une pseudo-tuberculose mycosique par MM. DIEULAFOY, CHANTEMESSE, Fernand WIDAL. — Nous avons suivi l'évolution d'une pseudo-tuberculose d'origine mycosique sévissant sur les jeunes pigeons venus du Mâconnais ou d'Italie et vendus sur les marchés de Paris. Parmi ces animaux, il en est qui sont atteints d'une maladie de la bouche désignée vulgairement du nom de chancre. Les auteurs s'accordent à considérer cette lésion comme le produit de la diphtérie des pigeons, mais nous avons reconnu qu'à côté de ces tumeurs buccales, d'origine diphtérique, il existait d'autres tumeurs dues à la végétation d'un champignon. Les animaux atteints de cette mycose présentent des lésions restant parfois localisées à la cavité buccale, mais qui le plus souvent se généralisent au poumon, au foie et plus rarement à l'œsophage, à l'intestin, aux reins. La lésion localisée au plancher buccal prend la forme d'un nodule blanchâtre d'apparence caséeuse, du volume d'un pois à celui d'une petite noisette. Dans le poumon elle affecte la forme de granulations tuberculeuses typiques représentées par des tubercules miliaires tantôt transparents, tantôt opaques, isolés, disséminés ou agglomérés en masses caséeuses à la façon des tubercules de Laënnec. Ces tumeurs ne renferment pas de bacilles de la tuberculose mais contiennent à leur centre un mycelium de champignon. Les cultures faites dans le laboratoire de M. le Professeur Cornil avec l'aide de M. Fayod, nous ont montré que ce champignon présentait tous les caractères de l'aspergillus fumigatus. Les spores ne germent pas au-dessous de 15° et son mycelium prospère surtout à une température voisine de celle du corps humain. La culture au début revêt une couleur verdâtre qui bientôt vire à la teinte terreuse ou grisâtre.

En inoculant des spores de l'aspergillus fumigatus ainsi cultivé à des pigeons, nous avons obtenu expérimentalement, suivant la voie d'inoculation et suivant la dose inoculée, une évolution plus ou moins rapide des différentes lésions tuberculeuses qui se développent spontanément chez ces animaux. L'inoculation pratiquée dans la veine axillaire du pigeon amène la mort en 3 ou 4 jours. Les lésions tuberculeuses portent alors principalement sur le foie qui est farci de granulations miliaires, moins grosses qu'une tête d'épingle ; le poumon ne contient que quelques granulations très petites et discrètes.

Injectées dans la trachée, les spores tuent les animaux en un temps plus long, variant de 10 à 20 jours, suivant la dose. Les lésions sont alors prédominantes dans le poumon où les tubercules agglomérés peuvent simuler des blocs d'infiltration pneumonique ou former des masses caséeuses.

Les lésions histologiques, qui sont de tous points comparables à celle de la tuberculose bacillaire, sont particulièrement intéressantes à étudier dans les différentes formes de cette mycose. Sur une coupe du poumon, colorée par la méthode de Weigert, on voit une grande quantité de nodules tuberculeux entourés à leur périphérie de cellules géantes.

On peut suivre facilement l'évolution de ces nodules. Les plus jeunes sont formés par une agglomération de cellules leucocytiques ou épithélioïdes autour d'un ou de plusieurs rameaux mycéliques. Les granulations plus anciennes présentent à leur centre un feutrage de mycelium dont les rameaux entrelacés se colorent mieux à la périphérie, au voisinage immédiat des cellules géantes. Dans certains cas, le tubercule est uniquement représenté par une très grande cellule à noyaux multiples, dont le protoplasma contient une ramification de mycelium, soit vivante et bien colorée, soit altérée dans sa structure, moniliforme, décolorée et comme en partie digérée par la phogocytose pour dire le mot.

Les rameaux mycéliques apparaissent parfois disséminés et espacés au milieu d'une grande masse de cellules dites embryonnaires.

Quelques-uns de ces tubercules ont atteint l'évolution fibreuse ; le centre n'est plus représenté que par un protophasma fibrillaire contenant de petits blocs bleuâtres, vestiges du champignon, ou même ne renfermant plus rien, comme si

© ANM

la tuberculose avait détruit le parasite, preuve d'une guérison locale.

Autour de ces tubercules, l'infiltration leucocytique s'étend parfois jusque dans les alvéoles adjacentes, constituant ainsi des blocs de pneumonie sillonnés de vaisseaux à volume variable.

Certains de ces vaisseaux sont remplis d'un coagulum de globules blancs, les autres sont dilatés et gorgés de globules rouges. Cette congestion sanguine pérituberculeuse est toujours très développée.

L'aspergillus peut végéter dans les canaux bronchiques et pousser ses prolongements jusqu'à la surface de la plèvre, qu'il recouvre alors d'une couche de moisissure.

Nous avons pu saisir, dans un cas, un des modes étiologiques de la maladie. Chez un de nos pigeons, mort de tuberculose mycélique spontanée, nous avons trouvé dans une bronche une graine alimentaire formant le centre de l'infiltration tuberculeuse du poumon. Ce corps étranger avait évidemment servi de véhicule aux spores de l'aspergillus.

Il y a longtemps déjà que des moisissures ont été retrouvées dans les sacs aériens de certains animaux et surtout des oiseaux. Les premières observations, celles de A.-C. Mayer notamment, remontent au commencement de ce siècle. En ces dernières années, Grawitz s'est attaché à démontrer les qualités infectieuses de certains aspergillus, en injectant leurs spores dans le système circulatoire du lapin, et Lichteim a prouvé que le rôle prépondérant revenait à l'aspergillus fumigatus.

La propriété de déterminer les lésions simulant macroscopiquement le tubercule avait été signalée par M. Bouchard, en 1864, et Laulanié, en 1885, étudiant la pneumonie déterminée expérimentalement chez le lapin par injection dans le sang de spores de l'aspergillus glaucus, décrivait des follicules développés dans l'intérieur des capillaires.

Aujourd'hui que la question des pseudo-tuberculoses est à l'ordre du jour, il nous a paru intéressant de démontrer qu'il existait une tuberculose mycosique aspergilleuse dont les diverses lésions histologiques sont calquées sur celle de la tuberculose commune. Cette maladie doit prendre rang à côté des pseudo-tuberculoses microbiennes signalées en ces derniers temps.

Cet aspergillus fumigatus possède des propriétés pathogènes envers un grand nombre d'espèces animales. Chez le canard, au cours d'une épizootie ayant sévi au Jardin d'acclimatation de Paris, M. Cornil a reconnu l'existence d'une tuberculose due à la végétation de ce champignon. Chez un singe, auquel nous avions injecté quelques spores dans la trachée, nous avons retrouvé dans les bronches une végétation mycélique.

L'aspergillus fumigatus étend jusqu'à l'espèce humaine ses propriétés pathogènes et le contact avec des animaux contaminés est susceptible de déterminer chez l'homme des pneumopathies particulières.

Il existe à Paris une classe d'individus exerçant la profession de gaveurs de pigeons. Chez eux, il est de notion vulgaire que le gavage occasionne à la longue une maladie chronique du poumon. Nous avons pour notre compte observé trois gaveurs atteints d'une pneumopathie, dont l'évolution est celle de la tuberculose pulmonaire chronique. Elle est caractérisée par de l'essoufflement, de la toux, de l'expectoration purulente, de petites hémoptysies à répétition et parfois des manifestations pleurales. L'examen de la poitrine décèle des signes de bronchite et d'induration pulmonaire, en général localisée, se révélant par la faiblesse de la respiration et un peu de submatité. La température est relativement peu élevée et cependant, les malades pâlissent, maigrissent et passent par des périodes d'aggravation et d'amélioration. Chez l'un d'eux nous suivons ces alternatives depuis plus de deux ans. Dans aucun cas nous n'avons constaté la présence des bacilles de Koch dans les crachats.

La similitude des symptômes présentés par ces trois hommes exerçant le même métier nous a fait rechercher si leur maladie ne relevait pas d'une même cause inhérente à leur profession.

Partant des faits cliniques nous avons été amenés à étudier la pseudo-tuberculose de pigeons, dont nous avons retracé l'histoire.

Les gaveurs attribuent leur maladie pulmonaire à leurs efforts d'expiration constants. Pour pratiquer le gavage, ils emplissent leur bouche d'un mélange d'eau et de grains, puis ouvrant le bec de l'animal, ils y appliquent leurs lèvres pour chasser par expiration une partie du mélange. Chaque homme dans certains établissements peut gaver ainsi quelques milliers de pigeons par jour.

Ce n'est pas à cette origine mécanique qu'il faut suivant nous attribuer leurs pneumopathies, mais vraisemblablement à l'aspergillus puisé soit à la surface des graines dont ils s'emplissent la bouche, soit au contact direct de la tumeur buccale des pigeons.

La preuve absolue du diagnostic en pareille matière ne peut être fournie que par une autopsie mais l'examen microscopique et l'inoculation des crachats de nos malades nous ont fourni des résultats remarquables.

A plusieurs reprises, mais non régulièrement, nous avons constaté dans l'expectoration sanguinolente la présence de petits filaments portant une ou deux ramifications que l'on pouvait considérer comme des fragments de mycelium. L'inoculation d'un crachat de malade à un pigeon a produit une fois une tuberculose mycosique due à l'aspergillus fumigatus. D'autre part, chez un homme aujourd'hui en voie de guérison, et qui rendait une expectoration muco-purulente teintée de sang, l'ensemencement des crachats sur des tubes de gélose mis à l'étuve a fourni la culture d'une colonie du même aspergillus.

Ces faits sont à rapprocher de ceux où l'on a constaté chez l'homme la présence de l'aspergillus fumigatus.

Les maladies de l'oreille causées par le développement de ce champignon et signalées pour la première fois par Meyer en 1844, ont été depuis fréquemment observées comme en témoigne le mémoire récent de Siebermann. L'aspergillus a été rencontré aussi dans les fosses nasales et sur la conjonctive. Mais les cas où l'on a pu le constater dans le poumon de l'homme intéressent plus particulièrement notre sujet.

Pour ne citer que des faits les plus importants, nous signalerons les quatre cas observés par M. Virchow en 1856, celui de Friedreich de Würzbourg, de Dusch et Pagenstecher, le cas de Fürbringer dont le diagnostic, en raison de l'examen des crachats, fut porté pendant la vie du malade et vérifié à l'autopsie, et enfin celui plus récent de Lichtheim où l'aspergillus fumigatus fut nettement caractérisé.

Puisque des pneumopathies aspergilleuses ont été parfois signalées chez l'homme, nous sommes en droit de soupçonner la même affection chez nos malades en raison des qualités de leur expectoration et de leur contact prolongé avec des animaux ou avec des graines alimentaires contaminées par le même aspergillus.

Notre but en présentant cette note n'a donc pas été d'étudier seulement une pseudo-tuberculose mycosique intéressante au point de vue de l'anatomie pathologique ; nous avons voulu aussi appeler l'attention des médecins et des hygiénistes sur une variété rare de pneumopathie causée par la présence d'un champignon.

IIe Séance générale.

Essai d'une théorie de l'infection.

Dans la seconde séance générale qui a eu lieu le mercredi 6 août, à 11 heures, M. le Pr BOUCHARD (de Paris), a prononcé un long discours qui, sur le public scientifique allemand, a produit une profonde impression. Après une étude analytique des procédés par lesquels l'organisme animal est capable de détruire les bactéries, le phagocytisme et l'état bactéricide, M. Bouchard étudie les moyens par lesquels les bactéries influencent l'économie animale. Les microbes agissent par leurs produits de sécrétion. Sans se prononcer sur le nombre et la nature de ces matières, il leur reconnaît 8 modes d'action par lesquels ils peuvent impressionner les animaux. Il insiste principalement sur l'existence d'une matière qui, dès qu'elle a pénétré dans la circulation, paralyse le centre vaso-dilatateur à tel point que les phénomènes d'exsudation et de diapédèse sont rendues absolument impossibles. A la suite de l'injection de ces matières, les phénomènes cardinaux de l'inflammation, dilatation vasculaire, rougeur, tuméfaction, élévation locale de la température, ne peuvent plus se produire, pas plus après

© ANM

les frictions à l'huile de croton qu'après l'injection des microbes provocateurs de lésions locales.

Or, ces produits qui empêchent la lésion locale, c'est-à-dire la diapédèse, rendent plus rapide et plus grave l'infection générale et même la rendent possible chez les animaux qui possèdent l'immunité naturelle ou l'immunité acquise. L'action de ces matières est immédiate, mais elle est complétement épuisée six à huit heures après l'injection. M. Bouchard dit quelques mots aussi sur les matières vaccinantes. Elles produisent l'état bactéricide qui persiste longtemps après leur élimination, qui commence à être apparente seulement deux jours après l'injection, qui est très manifeste au bout de 4 ou 5 jours. Il rappelle en outre que, dans les humeurs bactéricides, les virus forts subissent en moins de 40 minutes une atténuation complète. Il termine par une synthèse dans laquelle il donne d'abord la théorie de la maladie. Si le microbe inoculé tombe dans un milieu très bactéricide, il ne s'y développera pas; il n'y aura pas de maladie; s'il tombe dans un milieu favorable, il se développe immédiatement; si le milieu est modérément bactéricide, il le modifie localement par ses diastases et l'adapte à ses besoins. Alors que le développement ait été immédiat ou qu'il ait été précédé par une phase de dégénérescence, la maladie commence.

Dès que le nombre des microbes est devenu suffisant pour que les produits de sécrétion constituent une masse qui n'est plus négligeable, les symptômes fébriles et toxiques reparaissent. L'état bactéricide n'existe pas encore; le phagocytisme seul pourrait lutter en faveur de l'organisme animal; mais, le plus souvent, il en est empêché parce que, en même temps que les autres substances toxiques, le microbe a versé dans le sang la substance qui paralyse le centre vaso-moteur et rend la diapédèse impossible. La pullulation va donc continuer et l'intoxication s'aggraver. Mais, pendant ce temps, les matières vaccinantes ont commencé à modifier la nutrition l'état bactéricide va s'établir. La maladie est arrivée à son acmé; elle n'a plus qu'à décroître. Dans le milieu désormais bactéricide, la pullulation des bactéries se ralentit, leurs sécrétions diminuent, en particulier celle dont les produits empêchent la diapédèse. Alors les globules blancs sortent des vaisseaux et le phagocytisme détruit les microbes déjà atténués par l'état bactéricide.

Dans sa théorie de la vaccination, M. Bouchard fait remarquer que la guérison est la première manifestation de l'immunité acquise; que cette immunité laissée par la maladie est due à la persistance de l'état bactéricide et que si, chez les vaccinés, on voit le même microbe ne plus produire l'infection générale, mais provoquer la lésion locale, c'est-à-dire la diapédèse, et par suite la phagocytisme, cela tient à ce que la bactérie virulente s'est atténuée dans l'humeur bactéricide et, par suite de cette atténuation, n'a plus sécrété la substance qui s'oppose à la diapédèse.

Quant à l'immunité naturelle, elle ne peut pas être attribuée à un état bactéricide, elle dépend du degré plus grand de résistance que, dans certaines espèces animales, le centre vaso-dilatateur oppose aux matières paralysantes. La preuve c'est que l'on triomphe de la résistance des animaux réfractaires en introduisant, avec une même dose de virus, une dose plus forte de la matière qui empêche la diapédèse.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE. — MM. MORELLE et DOUMER, agrégés près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, sont maintenus, pour l'année scolaire 1890-1891, dans les fonctions ci-après désignées : M. Morelle, chef des travaux pratiques de chimie. M. Doumer, chef des travaux pratiques de physique.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON. — M. FLORENCE, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, est chargé, en outre, pendant l'année scolaire 1890-1891, d'un cours de matière médicale à ladite Faculté.

FACULTÉ DE MEDECINE DE MONTPELLIER. — Un congé, pendant l'année scolaire 1890-91, est accordé, sur sa demande, à M. ENGEL, professeur de chimie médicale et de pharmacie à la Faculté de médecine de Montpellier.

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE PARIS. —M. VILLIERS-MORIAMÉ, agrégé, analyse chimique.

PREMIER CONGRÈS NATIONAL D'ALIÉNATION MENTALE DE ROUEN.

SÉANCE D'OUVERTURE — PRÉSIDENCE DE M. LE PRÉFET DE LA SEINE-INFÉRIEURE.

La séance est ouverte à 2 heures. — M. LE PRÉFET DE LA SEINE-INFÉRIEURE souhaite la bienvenue aux membres du Congrès. La ville de Rouen et le département tout entier qui s'est imposé de grands sacrifices pour l'installation des asiles, se félicitent de voir se réunir pour la première fois les aliénistes français au milieu de la vieille cité normande. La municipalité fera tous ses efforts pour témoigner aux membres du Congrès combien elle est sensible à l'honneur qui lui est fait.

M. GIRAULD remercie M. le Préfet et M. le Maire de Rouen d'avoir bien voulu honorer de leur présence cette première séance du Congrès. Il invite les membres à former leur bureau et à nommer les Présidents.

SÉANCE DU 5 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. BALL

M. DUBUISSON lit un rapport sur *l'étiologie de la Paralysie générale*, montrant qu'il est des causes sur l'action desquelles tout le monde est d'accord aujourd'hui (hérédité vésanique, hérédité alcoolique, tendances congestives, traumatisme crânien). Il en est d'autres sur la valeur desquelles on discute encore, notamment la syphilis formellement admise par les uns, complétement rejetée par les autres, admise avec restriction par des plus tolérants. Le rapport rappelle que le Congrès International d'hygiène a, sur la proposition de M. Ballet, décidé qu'un questionnaire serait dressé et envoyé à tous les aliénistes. En attendant, il serait bon que tous les médecins d'asiles établissent chaque année :

1° Une statistique spéciale des causes présumées de toutes les paralysies générales ;

2° Une statistique faisant connaitre la proportion des syphilitiques trouvés parmi les maniaques et les mélancoliques. Ces statistiques, envoyées chaque année à la Société médico-psychologique, seront analysées et classées par ses soins.

M. DUBUISSON. — *Recherches sur la fréquence et l'étiologie de la paralysie générale.* — Le nombre des malades ne semble pas s'être accru sensiblement ces dernières années; malgré cela, il est probable que la paralysie générale augmente. La cause principale en serait l'alcoolisme, surtout chez les femmes. La statistique se répartit de la façon suivante :

Malades entrés	6.000
Paralysie générale	1.600

Les causes de ces affections sont : 1° alcoolisme, 380 fois ; l'hérédité vésanique, 300 fois; le surmenage, 200 fois ; la syphilis, 50 fois ; le traumatisme, 50 fois. Si ces chiffres sont peu concluants en ce qui concerne l'action de la syphilis, ils affirment hautement l'influence de l'alcoolisme et celle du traumatisme qu'on ne considère pas ordinairement comme une cause de Paralysie générale.

M. RÉGNIER. — *Rapports de la syphilis cérébrale et de la paralysie générale progressive. — Influence de la syphilis sur la genèse et l'évolution de cette affection.* — La syphilis cérébrale et la paralysie générale sont deux affections distinctes et indépendantes. L'infection syphilitique n'a pas d'action démontrée par la paralysie générale. Sa présence ne hâte ni ne retarde l'apparition de la maladie, non plus que sa marche progressive. Des manifestations syphilitiques peuvent se produire du côté du système nerveux chez les paralytiques généraux, de même que toute autre manifestation syphilitique. Mais ce n'est qu'une coïncidence; les deux affections restent indépendantes : elles peuvent être connexes, elles ne sont pas consécutives l'une à l'autre.

Il n'existe pas de paralysie générale syphilitique. Les faits rangés sous ce nom sont ou des cas de syphilis cérébrale diagnostiquée à tort paralysie générale, ou des paralysies générales dans le cours desquelles il s'est produit incidemment des manifestations spécifiques qui ne modifient en rien le fond même de la maladie.

M. RÉGIS. — *Relations de la syphilis et de la paralysie générale.*—Sur 21 paralytiques généraux (20 hommes et 1 femme),

© ANM

la syphilis se répartit de la façon suivante : certaine 18, douteuse 1, nulle 2. — La proportion dans certains cas est de 85,71 0/0. En moyenne et en chiffres ronds 80 0/0. La paralysie générale survient dans une moyenne de 12 à 13 ans après l'infection. Elle semble survenir d'autant plus tôt chez les syphilitiques qu'ils se sont moins bien et moins longtemps traités. — Cependant, il n'y a pas de règle absolue. La plupart des syphilo-paralytiques ne présentent pas de stigmates extérieurs de syphilis. Chez quelques-uns seulement, on rencontre des traces d'accidents anciens ou récents. Les manifestations spécifiques sont également rares dans la descendance des syphilo-paralytiques et là encore il n'y a pas d'indications absolues. Il n'est pas rare de voir des syphilo-paralytiques à syphilis mal traitée qui ont un grand nombre d'enfants vivants et bien portants. Cependant, les symptômes de l'hérédo-syphilis peuvent se rencontrer chez les enfants, surtout dans les cas où la paralysie générale du père s'accompagne de symptômes extérieurs de syphilis. D'une façon générale, les paralytiques généraux syphilitiques sont en plus grand nombre que les non spécifiques. Les plus nombreux sont ceux dont la syphilis a été le plus précoce. Les affections cérébrales congestives ou arthritiques sont celles qui se rencontrent le plus fréquemment dans l'ascendance des syphilitiques paralytiques. Eux-mêmes sont souvent des congestifs et des arthritiques, moins souvent toutefois que les paralitiques non syphilitiques. Toutes les formes cliniques de la paralysie générale peuvent s'observer chez les syphilo-paralytiques depuis les formes vésaniques les plus compliquées jusqu'à la démence et à la folie paralytique consciente. Les accès remittents et circulaires paraissent chez eux particulièrement fréquents.

M. Cullerè. — Après une période de scepticisme, on arrive à considérer les rapports de la syphilis avec la paralysie générale comme très réels. Dans l'asile où il lui a été donné d'observer, il pense que la moyenne pourrait être de 37 0/0 de syphilis chez les femmes et pour les deux sexes réunis, il admet une proportion hypothétique de 42 0/0. Les paralytiques généraux syphilo-paralytiques sont en général jeunes; ils peuvent aussi être dans un âge avancé. Si le paysan n'était ni marin, ni militaire, ni domestique, s'il ne quittait pas son village, il ne deviendrait pas paralytique, car il ne deviendrait pas syphilitique. Les prostituées sont plus exposées que les autres femmes à la paralysie générale. L'orateur ne croit pas que la syphilis seule puisse engendrer la démence paralytique. Il faut le concours d'autres causes. La prédisposition héréditaire existe 4 fois sur 5 chez les syphilitiques. Sur 25 malades, 15 fois l'hérédité était très nette, 5 fois elle était directe, 1 fois ataxique, 9 fois collatérale. Les causes adjuvantes sont le surmenage, les consolations, le séjour prolongé dans les pays chauds. La paralysie générale syphilitique n'a pas de forme spéciale. Elle semble réfractaire au traitement spécifique. La syphilis existe chez les prédisposés dont les tendances morbides sont particulières.

M. Malfilatre. — *Rôle étiologique des myclopathies dans la paralysie générale.* — La question de la coexistence des maladies de la moelle avec la paralysie générale indiquée par Baillarger, mise en lumière par les travaux de Wesphall, date de 1872. — La plupart des aliénistes ont admis d'après des observations, qui semblent démonstratives, une relation de cause à effet entre le tabes et la paralysie générale.

Chez une de nos malades, nous avons trouvé en plus des lésions encéphaliques types de la paralysie générale, une relation très nette des cordons postérieurs de la moelle dorsale et lombaire ; la moelle cervicale était intacte.

Que ce soit la substance grise qui serve de conductrice à la sclérose ou que le mécanisme de propagation soit différent, il n'en parait pas moins démontré qu'un certain nombre de myclopathies prédispose à la paralysie générale.

Certaines de ces myopathies peuvent être latentes et ne se révéler qu'après un examen minutieux au microscope, lorsque le malade a succombé.

M. A. Voisin. — *Discussion sur l'action de la syphilis dans la paralysie générale.* — Les lectures que nous venons d'entendre sont dans un sens tout à fait opposé. — Je trouve pour ma part, que la statistique de M. Régis laisse une trop large place à la syphilis dans l'étiologie de la paralysie générale.

Il y aurait d'ailleurs nombre de critiques à faire à ses observations. — La plus grave, c'est que les autopsies manquent absolument. — C'est sur les symptômes seulement que M. Régis base ses affirmations, et la clinique, vous le savez, est souvent impuissante à tracer une ligne de démarcation entre la syphilis cérébrale et la paralysie générale. — Je suis arrivé d'ailleurs à des résultats très différents de M. Régis, et qui se rapprochent de ceux de M. Régnier. Je possède 560 observations de paralysie générale prises par moi-même; sur ce nombre, je n'ai rencontré que 9 syphilitiques. Et je ne me contente pas des affirmations du malade pour accepter ou nier la syphilis : j'en recherche les traces presque toujours faciles à démontrer quand le malade est arrivé à la période tertiaire, la seule qui donne lieu à des manifestations identiques à celle de la paralysie générale. Je ne saurais trop louer sur ce point le travail de M. Régnier, les distinctions qu'il établit dans la recherche des antécédents syphilitiques dès leur date d'apparition, des traces indélébiles qu'elle laisse de son passage. Dans la syphilis cérébrale, vous trouvez des caractères distincts de ceux de la paralysie générale : la céphalée persistante, les paralysies partielles, les hémiplégies, les paralysies oculaires, les attaques épileptiformes. Vous ne trouvez pas comme dans la paralysie générale le délire de satisfaction avec ces qualités d'expansion qui la caractérisent si nettement chez les déments paralytiques.

Enfin, la syphilis cérébrale se distingue de la paralysie générale par l'efficacité du traitement spécifique, qu'il est toujours bon d'essayer au début, dans les cas douteux, car il donne souvent, alors, des résultats inespérés qui modifient profondément le pronostic.

M. Rouillard. — La statistique de M. Régis est contradictoire à celle de M. Dubuisson. Mais elle ne peut permettre de baser un jugement, car les malades sont en trop petit nombre, et de plus les détails manquent relativement à la syphilis ainsi que les autopsies. M. Régnier a fait remarquer que chez les paralytiques généraux, il y avait un assez grand nombre de syphilis trop jeunes ou trop âgées pour qu'on pût leur imputer un rôle. Dans le cas cité par M. Régis, du syphilitique qui a eu 8 enfants bien portants, comment la syphilis n'ayant pas agi sur la descendance peut-elle être incriminée pour la paralysie générale ? Il ne faut pas se presser de conclure à la syphilis, comme plusieurs le font, quand elle n'est pas suffisamment prouvée ; souvent les malades disent avoir eu la syphilis alors qu'ils n'ont en réalité pris qu'un chancre mou. L'insolation, le traumatisme, les excès vénériens, le surmenage ont une influence démontrée. Pour l'alcoolisme, il convient de faire les mêmes réserves que pour la syphilis, car les excès alcooliques peuvent commencer après la paralysie générale dont ils ne sont alors qu'un symptôme.

M. Charpentier. — J'ai été frappé de la fréquence de la syphilis dans la paralysie générale. La paralysie générale syphilitique ne semble pas différente de la vraie, puisqu'elle est aussi incurable par le traitement spécifique. Mais je la crois rare. Il est possible, cependant, qu'il y ait des scléroses interstitielles diffuses de nature syphilitique.

M. Cullere. — Je ne nie pas qu'il y ait une syphilis cérébrale différente de la paralysie générale ; mais il peut exister aussi des paralysies générales syphilitiques. J'ai vu ainsi un malade, encore soldat, marié, syphilitique, qui présentait des signes de paralysie générale. Pensant à la syphilis cérébrale, je donne le traitement spécifique, il reste sans action et le malade succombe. (*L'autopsie n'a pas été faite*). Je ne nie pas l'action de l'alcoolisme et des insolations, mais il faut à ces éléments un autre élément combiné, l'hérédité par exemple. J'ai la conviction que, dans ces conditions, la syphilis a aussi une action.

M. Voisin. — Je crois qu'il est utile de bien préciser le diagnostic de la syphilis et de faire expliquer au malade ce qu'il entend quand il se sert de l'expression qu'il a attrappé un *mauvais mal* ; c'est aussi souvent alors une blennhorragie qu'une syphilis. Dans la syphilis cérébrale, le traitement réunit les macules de la peau, les exostoses, les cicatrices de la voûte palatine; les lésions du voile du palais peuvent éclairer sur l'existence antérieure de la vérole. L'inégalité pupillaire

© ANM

peut tenir à des lésions spécifiques. Mais quand ces signes manquent, comment affirmer la syphilis.

M. RIST. — Je crois que les observateurs ont différentes manières de reconnaître la syphilis; cela seul permet d'expliquer la différence des statistiques. Si celui qui fait l'autopsie n'est pas un anatomo-histologiste, comment reconnaîtra-t-il une lésion syphilitique? Quant aux lésions cutanées, elles ne sont pas toujours indélébiles. Je crois qu'il serait utile de mettre en tête du questionnaire en préparation quelques notions sur les signes qu'on s'accordera à reconnaître comme établissant l'existence d'une syphilis antérieure.

M. MALFILATRE. — Dans l'asile que je dirige, en 45 ans, il n'est entré que 3 paralytiques généraux; un seul était syphilitique de naissance. Chez les femmes, la syphilis est souvent ignorée et le plus souvent mal soignée. En moyenne, la paralysie générale survient 12 ans après l'infection. La plupart de nos malades ne portaient aucune trace de syphilis. Il faut encore des faits pour juger; car, actuellement, c'est suivant notre état d'esprit que nous admettons ou rejetons l'influence de la syphilis.

M. MOREL-LAVALLÉE. — La vérole figure certainement dans un assez grand nombre de cas de paralysie générale pour qu'on soit autorisé à rechercher une relation de cause à effet. Dans les autres cas la syphilis est rare. La paralysie générale est rare là où est la syphilis peu fréquente. Les syphilis légères, celles qu'on retrouve le moins facilement, sont celles qui amènent le plus facilement les accidents cérébraux. Mais la syphilis seule ne paraît pas suffisante. Elle a un rôle possible, mais il n'est pas possible aujourd'hui de délimiter son action.

M. LAURENT. — Le département de la Seine-Inférieure est celui où la paralysie générale est la plus fréquente. La syphilis y est aussi plus commune que partout ailleurs. J'ai cependant une observation qui démontre que, chez un syphilitique, il ne s'agit pas de paralysie générale vraie, mais bien de pseudo-paralysie générale.

L.-R. RÉGNIER.

1re *Séance du 6 août* 1890. — PRÉSIDENCE DE M. BALL.

M. LAILLIER (de Rouen) lit un travail intitulé : *Considérations sur l'urine dans la paralysie générale*. Il n'y a pas de caractéristique spéciale dans l'urine des paralytiques généraux mais il existe certaines modifications suivant les états délirants qu'ils présentent. Dans le délire dépressif, qui précède, souvent la paralysie générale, la somme des déchets éliminés par l'urine descend au-dessous de la proportion physiologique. Dans le délire anxieux, il y a au contraire exagération des matériaux de l'urine, malgré la nutrition insuffisante des malades. Dans la première période de la paralysie générale, on ne trouve pas de carbonate d'ammoniaque dans l'urine, mais à la dernière période, il en est autrement, ce qui tient à ce que la vessie est paralysée ou parésiée. Enfin, sur 5,000 analyses d'urine d'aliénés, il n'a jamais rencontré de diabète chez les paralytiques généraux, et parmi les aliénés diabétiques, aucun n'est devenu paralytique général. Il faut remarquer qu'à la période où les paralytiques paraissent avoir la plus grande suractivité intellectuelle, ils n'émettent pas une quantité d'acide phosphorique supérieure à la normale.

M. FALRET (de Paris) a souvent observé, dans les périodes de dépression de la paralysie générale, de la polyurie et de l'azoturie, avec augmentation de la température et abaissement du pouls. Legrand du Saulle a signalé aussi que le diabète était souvent accompagné d'idées mélancoliques, et qu'en combattant le diabète, on pouvait faire disparaître ces idées. Il semble donc y avoir une relation entre la dépression mentale et le diabète transitoire des paralytiques généraux.

M. CHARPENTIER a dans son service un paralytique général avéré qui présente une glycosurie intermittente, et chez un autre le diabète intermittent aussi alternait avec les rémissions dans l'état intellectuel.

M. SAURY (de Paris) lit une *observation de cocaïnisme*. Il s'agit d'un officier de 32 ans qui, blessé au Tonkin, fut soigné avec des piqûres de morphine, qu'il abandonna sitôt guéri. Puis il se mit à fumer l'opium, jusqu'à 15 et 20 pipes par jour, habitude qu'il garda à son retour en France. Il contracta enfin l'usage des injections de morphine, et pour s'en guérir; il y substitua la cocaïne. Bientôt survinrent de l'insomnie, de l'amaigrissement, des hallucinations de l'ouïe et des idées de persécution et de jalousie, contre sa femme surtout, qui l'amenèrent à des actes de violence. Il raconte que, dès le début de l'emploi de la cocaïne, sitôt l'injection prise, il était irrésistiblement poussé à fouiller, avec une aiguille, ses petits abcès cutanés où il croyait voir remuer des vers et qui prenaient toujours pour lui la forme circulaire. Il voyait des points noirs dans ces abcès et même dans le lait qu'il buvait. Placé dans une maison de santé, on diminua progressivement les doses, et pendant 48 heures d'abstention, il n'eut plus ni délire ni hallucination. Il retomba bientôt et prit jusqu'à 3 et 4 grammes par jour de morphine et de cocaïne. Aujourd'hui il est absolument cachectisé et délirant de nouveau. On lui supprima rapidement la cocaïne, en laissant la morphine, et le délire cessa avec la cessation de la cocaïne. C'est donc bien elle seule qui est la cause des hallucinations, et on doit la regarder comme dangereuse dans son emploi, à cause de la rapidité et de la gravité des conséquences qu'elle entraîne.

M. CULLERRE (de la Roche-sur-Yon) demande s'il n'y avait pas d'alcoolisme.

M. SAURY répond que pas plus dans ce cas que dans les sept autres qu'il a observés, il n'a rencontré d'alcoolisme. Dans le cas particulier, cela est certain et, de plus, il avait surtout des hallucinations de l'ouïe et à peine de la vue.

M. SÉGLAS (de Paris) a observé un malade qui prenait 2 gr. de cocaïne par jour et une dose égale de morphine. Il n'y avait pas d'alcoolisme et cependant, les troubles prédominants étaient ceux de la sensibilité. C'est un fait presque ordinaire chez les cocaïniques, du reste. Il croyait avoir de petits insectes sous la peau et cherchait à les extraire avec une aiguille. Il en voyait même sous la peau des autres et leur proposait de les leur extraire. Les hallucinations de la vue étaient plus faibles et le délire fut postérieur. Un fait à signaler, c'est l'exacerbation des troubles de la sensibilité, le soir, à la période hypnagogique. Cette particularité est à rapprocher de ce qu'on voit dans le délire alcoolique, ainsi que les idées de jalousie fréquentes chez les alcooliques et observées par M. Saury chez son cocaïnique.

M. MORDRET (du Mans) lit un travail sur l'*atrophie thyroïdienne chez les idiots*. Il a examiné par le palper le corps thyroïde de 151 sujets, débiles, imbéciles, idiots simples et complets. Sur 36 simples débiles, il l'a trouvé atrophié 6 fois, soit 11 0/0; sur 40 imbéciles, 9 fois, soit 22,5 0/0; sur 38 idiots simples, 10 fois, soit 26,3 0/0; sur 37 idiots complets, 19 fois, soit 50,5 0/0. Il est difficile d'admettre que cette progression soit un simple effet du hasard. Elle est l'expression d'une relation entre l'atrophie thyroïdienne et le degré d'abaissement intellectuel.

M. SOLLIER (de Paris) s'étonne de ces résultats qui sont bien loin de ce qu'il observe journellement depuis près de cinq ans dans le service de M. Bourneville, à l'autopsie des idiots. Il est, d'ailleurs, impossible de rien savoir d'exact par la palpation; il faut peser le corps thyroïde, et encore ne sait-on pas exactement ses variations de volume à l'état normal, ni suivant l'âge des sujets. Quoi qu'il en soit, il n'a jamais rencontré d'atrophie manifeste et encore moins d'absence totale du corps thyroïde en dehors de l'idiotie myxœdémateuse.

M. BOURNEVILLE rappelle qu'au Congrès international de 1889, il a présenté des cas d'idiotie porencéphalique avec M. Camescasse. Aujourd'hui, il présente une série de cas d'idiotie myxœdémateuse. Le premier cas qu'il ait observé est celui du malade surnommé le Pacha, en 1880; le docteur Bricon, dans un mémoire couronné pour le prix Belhomme, en 1885, utilisa tous les documents du service; puis, dans un travail, en 1888, MM. Bourneville et Bricon, rassemblèrent les cas signalés à l'étranger sous divers noms, par Curling, Hilton Fagge, Fletcher Beach, et firent, pour la première fois, l'historique de cette affection. En 1888, M. Bourneville en publia deux nouveaux cas personnels et deux autres dûs à MM. Camuset et Cousot. En 1889, il retrouva 3 cas anciens de Gimeno, Holt, Suckling et cinq cas personnels nouveaux. En 1890, il reçut un nouveau cas d'un idiot myxœdémateux montré dans les foires sous l'épithète de roi des Esquimaux.

© ANM

Au mois d'avril dernier, le volume du Congrès intercolonial de Sidney en rapportait un cas encore du Dr Norton Manning et six cas du Dr Stirling, dont cinq dans la même famille. Enfin, à Mâcon, il put en examiner un nouveau cas chez une fille, découvert par hasard alors qu'on lui présentait un gros idiot comme myxœdémateux, et qu'il suffit de comparer avec la jeune fille pour écarter ce diagnostic. Ces idiots en vieillissant semblent avoir une tendance à maigrir.

En faisant le tableau récapitulatif des cas connus, on en trouve 44, à peu près également partagés entre les deux sexes et dans tous les pays du monde. Aujourd'hui, il en existe 3 à Bicêtre, un à Clermont (Oise) et un à l'hôpital St-Louis. Une des malades de Bicêtre a été soumise, mais sans aucun succès, à une tentative de greffe de glande thyroïde par M. Lannelongue. En résumé, l'idiotie myxœdémateuse offre des caractères bien spéciaux et qui ne permettent pas de la confondre avec les crétins ou les idiots adipeux. Ce sont: la persistance des fontanelles, l'absence complète de corps thyroïde, l'état de bouffissure de la face et des membres, l'existence des pseudo-lipômes dans les creux sus-claviculaires, la forme du ventre de batraciens, l'existence de hernies ombilicales et souvent inguinales, le facies spécial, la lenteur des mouvements, la difficulté plus ou moins grande de la respiration, la douceur du caractère.

Comme traitement, on a proposé la greffe qui n'a rien donné à M. Lannelongue. On a songé aussi à l'injection du suc thyroïdien ou à l'ingestion de corps thyroïdes d'animaux. Le principal traitement est le traitement médical général et le traitement pédagogique.

De nombreuses photographies sont présentées de la plupart des cas dont il est question, ainsi que les calottes crâniennes de deux malades et la tête du Pacha.

MM. Voisin et Haraut ont examiné l'*urine dans les états léthargiques prolongés*. Ils ont remarqué que chez des malades plongés en léthargie pendant 8 à 15 jours, la nutrition s'effectue mieux que pendant l'état de veille. Cette conclusion est opposée à celle de MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau, mais il faut remarquer que ces auteurs n'ont observé que des malades dont le sommeil n'avait duré que quelques heures. Il résulte de ces recherches que : 1° la nutrition n'est pas troublée dans le sommeil hypnotique ; 2° l'hypnotisme n'est pas un état pathologique ; 3° l'hypnotisme est un moyen thérapeutique dont nous pouvons nous servir, sans risque de nuire à la nutrition de nos malades.

M. A. Voisin lit un travail sur l'*aide que le chloroforme, à très petite dose, apporte à la production du sommeil hypnotique*. Ce procédé lui a permis d'obtenir l'hypnose chez des malades, dont l'état mental ou l'agitation empêchaient de fixer leur attention.

2e *Séance du 6 août* 1890. — Présidence de M. Ball.

M. Gauran (de Rouen) rapporte l'observation d'un *cas de guérison de folie à la suite d'une opération de cataracte*. Il s'agit d'une jeune femme de 26 ans qui fut atteinte, un an après son mariage, de lypémanie anxieuse, avec accidents hystériformes, idées hypochondriaques et accès de violence passagers. Elle présentait en outre une cataracte double, plus prononcée à droite qu'à gauche. S'étant améliorée, elle rentra chez elle, mais fut bientôt reprise de surexcitation intellectuelle, et dut rentrer à l'asile, où elle présenta de l'agitation maniaque, de l'incohérence, etc. Elle s'améliora de nouveau et on en profita pour l'opérer de ses cataractes. A la suite de l'opération, qui réussit parfaitement, elle put sortir guérie, et la guérison s'est maintenue complète depuis deux ans. M. Gaurau insiste sur la gravité du pronostic que présentait ce cas de longue durée, avec rechutes successives. La cataracte zonulaire, datant de la première enfance, s'était subitement aggravée à 25 ans, au moment de son mariage, et cette aggravation coïncida avec l'apparition de la folie. La disparition de celle-ci après l'opération paraît donc bien en rapport avec l'intervention chirurgicale.

M. Séglas rapproche de ce cas une observation analogue. Une femme atteinte depuis six mois d'excitation maniaque avec idées de persécution, hallucinations, etc., fut opérée d'un kyste de l'ovaire par M. Terrillon. Au réveil du sommeil chloroformique, l'opération terminée, elle ne présentait plus trace de délire, et cette guérison brusque se maintint par la suite. L'influence du traumatisme opératoire est à rapprocher de celle des maladies intercurrentes sur la marche du délire.

MM. J. Séglas et P. Sollier rapportent une observation intitulée: *Folie puerpérale. Amnésie ; Astasie et Abasie ; Idées délirantes communiquées*.—Il s'agit d'une malade de 41 ans qui, après un accouchement et à l'occasion d'accidents puerpéraux, fut prise de troubles intellectuels avec intervalles d'excitation, quelques hallucinations, idées de couleur mystique relatives au spiritisme, troubles de la mémoire et de la marche, qui ont persisté après les autres et déterminé le placement.

A l'entrée, la malade est incapable, même soutenue, de se tenir et de marcher : elle lance ses jambes de côté et d'autre comme une ataxique. Une fois couchée, les mouvements des membres inférieurs sont absolument normaux ; l'examen électrique n'y révèle rien de particulier; sensibilité diminuée aux membres inférieurs surtout aux jambes ; perte du sens musculaire et articulaire pour les jambes et les pieds des deux côtés, surtout à gauche ; diminution de l'odorat de ce même côté ; rien pour la vue. S'est plaint autrefois de la boule, aurait eu des attaques de nerfs. Du côté intellectuel, délire incohérent mystique dans les premiers jours, hallucinations hypnagogiques, troubles de la mémoire prédominants et très accentués. Perte absolue des souvenirs des faits succédant à l'accouchement. Quelques faits plus postérieurs ayant beaucoup frappé la malade ont été retenus, mais elle ne peut les localiser dans le temps. Elle n'a aucune notion du temps, d'ailleurs, et ne sait ni le jour, ni le mois, ni l'année. Les souvenirs antérieurs à l'accouchement sont mieux conservés, mais cependant confus. Elle a surtout bien gardé la mémoire des lieux pour cette époque, et des personnes. Langage correct. Ne peut plus coudre : calcule très mal de tête, quoique caissière.

MM. Séglas et Sollier font ressortir que l'état puerpéral n'a été que l'occasion du développement de la maladie sur un terrain prédisposé et entaché d'hystérie (troubles de la sensibilité, boule, attaques convulsives avant et depuis la maladie). La couleur des idées délirantes est due à l'influence des idées du mari, spirite convaincu, élément actif ayant réussi à imposer à la malade la plupart de ses convictions et l'interprétation des symptômes dont elle souffre par une obsession spirite.

D'un autre côté, les auteurs mettent en relief l'importance des troubles de la mémoire ayant atteint même la mémoire organique, la malade ayant perdu même les actions automatiques secondaires. En effet, les troubles de la marche et de la station debout qu'elle présente réalisent le syndrome astasie-abasie décrit par M. Charcot, M. Blocq, etc., par cela même, d'après l'explication donnée par ces auteurs, sont la preuve d'une atteinte à la mémoire organique. La mémoire intellectuelle est également atteinte, comme le prouve la perte ou la fausseté de certains souvenirs et l'absence de localisation dans le temps.

Pour les auteurs, ces faits sont dus à l'effacement des images sensorielles diverses, des images visuelles qui paraissent avoir toujours été prédominantes dans ce cas et des images kinesthétiques : les images auditives semblant avoir toujours été plus faibles. A l'appui de cette interprétation, les auteurs citent des expériences confirmatives et surtout le traitement exclusivement psychologique, ayant consisté à réveiller les images mnémoniques anciennes ou à fixer les nouvelles, en augmentant leur intensité par différents procédés (émotions concomitantes, fixation de l'attention, association des images...). Depuis quelques semaines qu'elle est en traitement, cette malade, qui avait absolument l'aspect d'une démente et qui était impotente, marche seule et sans appui, coud, travaille, se rappelle beaucoup mieux les faits passés et même garde plus facilement le souvenir de certains faits récents.

M. Charpentier fait une communication très intéressante sur les *démences précoces*.

La démence précoce est un trouble mental, incurable et chronique, survenant chez des sujets jeunes régulièrement développés, et n'ayant présenté aucune maladie autre que celle qui a précédé ou accompagné la démence.

Cette définition permet d'éliminer les complications de

© ANM

l'idiotie et de l'imbécillité, les fausses démences et les cas de démences guéries. Au point de vue étiologique, l'auteur en forme dix groupes : 1° *les démences des enfants normaux* ; 2° *les démences épileptiques* ; 3° *les démences syphilitiques* ; 4° *les démences alcooliques* ; 5° *les démences de certains héréditaires et de certains dégénérés* ; 6° *les démences de la puberté* ; 7° *les démences des maladies aiguës, fièvre typhoïde et états puerpéraux auxquels il joint la misère, le surmenage, la paresse* ; 8° *les démences de la paralysie générale précoce* ; 9° *les démences précoces de certains maniaques, mélancoliques chroniques, de certains mystiques et de certains persécutés* ; 10° *un groupe de démences de cause incertaine et dans lesquels la démence complète est rare et la durée très longue* ; l'auteur les distingue des fous moraux et des imbéciles, avec lesquels ces déments pourraient être confondus.

Cliniquement, il les divise en trois groupes, suivant l'intensité des troubles du langage, complets chez les uns, très bornés chez les seconds ; caractérisés surtout par de l'incohérence dans le troisième groupe; l'auteur termine en rapportant un cas de démence chez un jeune diabétique dont le diabète aurait disparu après trois ans de traitement, et un cas d'athérome généralisé aux artères et artérioles de l'encéphale, commençant juste au niveau de l'artère des carotides et vertébrales dans les trous crâniens ; rien dans le reste de l'appareil circulatoire, ni dans les autres viscères, sauf une plaque athéromateuse à l'origine de la crosse de l'aorte.

M. Rouillard lit un travail sur *la statistique et le fonctionnement de la clinique de l'Asile Sainte-Anne* et fait remarquer la difficulté qu'il y a à classer les malades dans la liste de classement donnée par le Congrès de 1889, certains cas pouvant rentrer dans deux ou plusieurs catégories et d'autres n'y trouvant pas place d'une façon précise.

M. Giraud (de Rouen) lit un rapport *sur les modifications à apporter à la nouvelle législation sur les aliénés* et émet les vœux suivants ; 1° que l'assistance aux épileptiques, idiots et crétins soit développée comme le demande le rapport de M. le Dr Bourneville ; 2° que le recrutement des internes soit prévu et assuré ; 3° qu'il ne soit pas créé pour chaque asile un poste de médecin-inspecteur avec les attributions prévues par les projets de loi ; 4° que les écritures des bureaux ne soient pas multipliées sans nécessité ; 5° que le prix de journée des aliénés indigents ne soit pas fixé d'une manière souveraine et sans appel par le Conseil général.

M. Brunet (d'Evreux) lit un travail tendant à demander la *création d'asiles spéciaux pour les aliénés criminels*.

M. Charpentier n'est pas partisan de cette création. Il craint qu'il ne s'établisse une sorte de navette entre l'asile spécial et l'asile ordinaire pour se renvoyer le malade, le premier ayant intérêt à s'en débarrasser dès qu'il paraît plus calme, et le second dès qu'il s'agite un peu. Il pense qu'avec une section, bien organisée au point de vue de la surveillance et du maintien des malades, dans chaque asile ordinaire il serait absolument inutile de recourir à des asiles spéciaux pour aliénés criminels, création qui, à tous points de vue, offre plus d'inconvénients que d'avantages.

M. Mordret repousse également ces asiles spéciaux comme inutiles. Il y a deux catégories dans les aliénés criminels à considérer du reste : les uns sont toujours dangereux, les autres l'ont été seulement une fois. Il y a des aliénés qui ne sont pas criminels et qui sont bien plus dangereux que les aliénés dits criminels. Que faudra-t-il en faire ? L'essentiel, c'est de pouvoir les maintenir dans l'asile et toujours prévenir leurs accès d'excitation. Pour remplir ce but, il est inutile de créer des asiles spéciaux.

M. Rouillard, au nom de M. Lacroze, médecin du quartier d'aliénés criminels de Gaillon, rend un compte sommaire de l'organisation de ce service, et proteste contre la maintenue à l'asile d'aliénés ayant purgé leur condamnation et d'aliénés criminels très tranquilles.

M. Bourneville dit qu'il règne une certaine confusion même dans l'esprit d'hommes très compétents, comme M. Barlier qui confond, par exemple, les aliénés criminels et les criminels devenus aliénés. On est d'accord pour ces derniers qui sont du ressort de l'administration et pour lesquels il existe un établissement spécial, Gaillon, sur l'organisation et l'amélioration duquel il n'y a pas lieu de discuter pour le moment. Tout le monde est d'accord pour son maintien, quelque réserves qu'on fasse sur ses modifications. Il n'en est pas de même pour les aliénés criminels qui ont été reconnus aliénés, soit avant l'instruction, soit pendant l'instruction, soit au moment du jugement et envoyés alors dans les asiles. Ce sont des malades et il n'y a aucune raison pour les envoyer au milieu des criminels devenus aliénés, pas plus qu'on n'envoie les vieillards indistinctement dans les hospices ou dans les dépôts de mendicité qui sont réservés pour ceux seuls qui ont commis des délits. Il pense donc qu'il suffit de maintenir l'état de choses actuel, en ce qui concerne les criminels devenus aliénés et de faire des quartiers de surveillance spéciaux dans les asiles ordinaires pour les aliénés criminels.

M. Rouillard reconnaît la justesse de la distinction entre les aliénés criminels et les criminels aliénés, mais il pense que les plus dangereux ce sont les aliénés délictueux, vagabonds, voleurs etc., qui reviennent sans cesse dans les asiles où ils sont un ferment d'indiscipline, et que c'est surtout contre eux qu'il faut prendre des mesures spéciales.

M. Charpentier dit que parmi les aliénés dangereux, il en est qui peuvent être menés par la crainte. Pour ceux-là, les quartiers spéciaux qu'il demande mettraient précisément en jeu ce sentiment de crainte qui les maintient dans la discipline. Il faudrait que ces quartiers fussent assez spacieux et qu'on n'eût guère de contact avec les malades que pour les besoins les plus urgents. Si la chose est difficile à faire, au point de vue pécuniaire surtout, elle est loin d'être impossible; en tous cas, ce n'est pas une raison pour ne pas la demander si on la croit bonne.

On procède alors au vote sur les deux questions de savoir : 1° Si les criminels, devenus aliénés, doivent être oui ou non placés dans des asiles spéciaux et y être maintenus (à l'unanimité il est voté oui) ; et 2° s'il y a lieu de créer un ou des asiles spéciaux pour les aliénés criminels (à une grande majorité il est voté non).

M. Brunet lit un mémoire sur le *travail agricole des aliénés* concluant à la suppression des colonies spéciales et à l'organisation du travail agricole dans chaque asile en particulier.

Paul Sollier.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 21 juillet 1890. — Présidence de M. Hermite.

M. Chauveau présente une note sur la *participation des plaques motrices terminales des nerfs musculaires à la dépense d'énergie qu'entraîne la contraction. Influence exercée sur l'échauffement du muscle par la nature et le nombre des changements d'état qu'elles excitent dans le faisceau contractile*. La loi qui ressort de ces nouvelles expériences est « que l'échauffement manifeste une tendance très marquée à s'élever avec le nombre des mouvements de raccourcissement et d'allongement qu'exécute le muscle, c'est-à-dire avec la multiplication des excitations qui provoquent ces mouvements, autrement dit avec le travail physiologique des plaques motrices terminales.

M. Laboulbène lit une note *sur le moyen de reconnaître les cysticerques du tænia saginata produisant la ladrerie du veau et du bœuf, malgré leur rapide disparition à l'air atmosphérique*. Il suffit, pour mettre en évidence le kyste de ladrerie, de verser de l'eau pure sur la viande sèche ou desséchée. La disparition du kyste, provenant de sa dessication, on pense également retrouver des kystes apparents sous les aponévroses et au milieu des masses musculaires. Une température de 50° à 60° suffit à tuer les cysticerques.

M. Christian Bohr adresse une note sur *les combinaisons de l'hémoglobine avec l'oxygène*. L'auteur est arrivé à distinguer, dans un même échantillon de sang, 4 oxyhémoglobines renfermant respectivement par gramme, 0 centigr.4, 0 centigr. 8, 1 centigr. 7 et 2 centigr. 7 d'oxygène dissociable.

M. Botten adresse une note où il montre la *possibilité*

© ANM

des injections trachéales chez l'homme comme voie d'introduction des médicaments.

M. Guéniot adresse une *réclamation de priorité au sujet de l'idée de la cranéectomie.*

Séance du 28 juillet 1890. — Présidence de M. Hermite.

MM. Charrin et Gley adressent une note sur le *mode d'action des produits sécrétés par les microbes sur les appareils nerveux vaso-moteurs et le rapport entre ces phénomènes et celui de la diapédèse.*

M. Bouchard a montré qu'on pouvait arrêter la diapédèse qui se produit après injection de culture vivante de bacille pyocyanique sous la peau d'un lapin vacciné, en introduisant dans le corps de l'animal des produits solubles du bacille du pus bleu. La diapédèse est en rapport avec l'état des vaisseaux et de leur appareil vaso-moteur. Dans ce cas particulier, il est facile de constater qu'il ne s'agit pas du resserrement des vaisseaux; l'expérience a fait voir que les produits solubles du bacille pyocyanique peuvent agir directement sur les appareils nerveux vaso-dilatateurs. Cette influence semble de telle nature que l'on peut penser, disent les auteurs, que certains microbes, une fois qu'ils ont pénétré dans l'organisme, y produisent incessamment des substances qui viennent encore favoriser leur action pathogène propre en entravant quelques-uns des moyens de défense dont l'organisme est aujourd'hui considéré comme pourvu, c'est-à-dire la diapédèse et le phegocytose, puisque ces phénomènes ont pour condition première la dilatation vasculaire, à laquelle commande immédiatement le système nerveux.

M. Chauveau présente une note de M. Christian Bohr intitulée *l'hémoglobine se trouve-t-elle dans le sang à l'état de substance homogène?* L'auteur répond négativement à cette question. L'hémoglobine provenant de différents échantillons de sang peut varier; en outre, on peut démontrer que l'hémoglobine d'un seul échantillon n'est pas homogène, mais se compose d'un mélange de différentes hémoglobines. On arrive par cristallisations et dissolutions fractionnées à la séparer en solutions d'hémoglobine qui absorbent des quantités d'oxygène différentes.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 5 août 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

M. Polaillon lit un rapport sur le travail de M. Doléris relatif à la *métrite du corps et la métrite du col.* M. Doléris, partisan convaincu de la méthode du curettage, complète ce procédé par l'écouvillonnage de l'utérus avec un liquide antiseptique, qui, dans quelques cas, peut seul suffire, et il s'élève avec énergie contre la cautérisation qui déterminerait la sclérose de l'utérus, des atrésies consécutives du col et la stérilité. M. Polaillon n'a jamais rien vu survenir de semblable, et pense que la cautérisation intra-utérine avec une flèche de chlorure de zinc reste un bon procédé, facile à employer et donnant d'excellents résultats. En tous cas, si le curettage et l'écouvillonnage sont bons, ils ne doivent pas être employés d'une façon exclusive.

M. Charpentier n'a jamais eu d'accidents sérieux avec le curettage. Il n'admet pas la distinction de petit et grand curettage. Le curettage du col n'est pas un curettage. Pour guérir une métrite invétérée du col, il faut l'opération d'Emmet ou de Schrœder. Le curettage n'est même pas contre-indiqué dans les cas d'inflammation des annexes, ainsi que Mlle Friskelstein, élève de Trélat, l'a montré dans sa thèse. Le curettage doit être complet et suivi d'un pansement avec un mélange, parties égales, de créosote et de glycérine. Ainsi pratiqué, il n'amène jamais d'accidents, et, s'il ne guérit pas toujours, non plus que les cautérisations, il a l'avantage de n'être pas douloureux.

M. Polaillon pense que le curettage est une méthode compliquée, nécessitant l'emploi de l'anesthésie générale, tandis que la cautérisation ne la réclame pas et n'est pas si douloureuse qu'on le dit. Les atrésies ne sont pas plus fréquentes dans un cas que dans l'autre.

M. Berger rapporte un cas d'*abcès central de la diaphyse du fémur consécutive à une ostéomyélite chronique d'emblée développée chez un adulte à la suite d'un anthrax.* La trépanation du fémur donna issue à du pus, dans lequel M. Netter a rencontré le staphylococcus pyogenes aureus, dont il a fait des cultures pures. M. Berger insiste sur la rareté de l'apparition d'emblée de l'ostéomyélite chez un adulte, et cela d'une façon apyrétique, quoique rapide. Ce fait démontre en outre le rapport de l'ostéomyélite avec le furoncle, l'anthrax, et rapport indiqué par Pasteur, Verneuil et Lannelongue.

M. Guéniot rapporte un cas de *rupture utérine avec pénétration du fœtus dans la cavité péritonéale, et guérison spontanée* analogue à celui du docteur Thévard, récemment rapporté à l'Académie. La toilette complète du péritoine ne fut pas faite, la laparotomie ayant été jugée inutile, et la malade guérit en peu de temps, après quelques jours de fièvre. Ce fait prouve que la toilette du péritoine n'est pas indispensable, si les annexes ou les mains de l'accoucheur n'ont pas été primitivement infectés, et, qu'en outre, grâce à l'antisepsie, le milieu hospitalier a pu être dépouillé complètement de son ancienne malignité.

M. Vidal (d'Hyères) lit un travail sur l'*emploi de l'acétate d'ammoniaque à haute dose dans le traitement de la scarlatine.* Ce médicament est toléré à la dose d'un gramme par année chez les enfants et les adultes, sans avoir jamais dépassé 35 grammes par jour. En abaissant à forte dose la température, il constitue un bon moyen dans la scarlatine et les fièvres éruptives. Son action est d'autant plus rapide qu'il est administré dès le début de la maladie.

M. Béchamp lit un travail sur la *constitution histologique et la composition chimique des laits de vache, de chèvre, d'ânesse et de femme, et les conséquences qui en découlent pour la physiologie et l'hygiène.*

M. Galezowski propose comme procédé, pour corriger l'*astigmatisme irrégulier, l'emploi des verres coniques* qui lui ont donné de très bons résultats. P. S.

VARIA

Le choléra en Espagne.

Le choléra continue à sévir en Espagne, en Egypte, en Arabie et en Mésopotamie.

Espagne. — Les mêmes précautions sont prises pour les voyageurs et leurs bagages. Durant la semaine dernière, il est passé 2.890 voyageurs par Hendaye, sur lesquels 555 ont subi la désinfection; 980 par Cerbère, avec 119 désinfections; 237 par Perthus, avec 71 désinfectés. La situation s'est aggravée; le choléra s'est montré à Tortose avec une certaine gravité. De nouveaux villages sont envahis dans la province de Valence. Les renseignements du gouvernement espagnol, en date du 5 août, disant qu'on a constaté dans la province de Valence 62 cas de choléra et 21 décès.

Des mesures énergiques ont été prises dans le cas où le choléra se déclarerait à Madrid.

Le choléra continue ses ravages à Argès, province de Tolède. Suivant des dépêches privées, le choléra aurait fait des progrès effrayants dans la province de Valence. Des cas nombreux auraient été également constatés dans la province de Tolède. Une vive inquiétude règne à Madrid. A la frontière française, le Dr Proust, inspecteur général des services sanitaires, accompagné de M. Thomas, sous-préfet de Mauléon, est allé visiter le poste sanitaire d'Argueguy. Après cette visite, M. le Dr Proust a adressé des félicitations à MM. Porge et Cornet, internes de la Maternité de Bordeaux, qui ont été chargés de la direction de ce poste. Jusqu'à présent, l'état sanitaire est excellent sur toute la frontière de l'arrondissement de Mauléon. D'après les dépêches reçues le 7 août, le choléra continue à se propager dans la province de Valence, où le nombre des cas et celui des décès vont chaque jour en augmentant. A Valence, les faubourgs et la campagne sont seuls atteints. Il y a eu de ce côté 7 décès cholériques à la date du 1er août. Avant-hier, on signalait 6 cas et 4 décès. Le bruit a circulé qu'un cas de choléra avait été signalé à Madrid. Les jour-

© ANM

naux espagnols démentent ce bruit et disent que le cas dont il s'agit est une gastro-entérite. Le gouvernement espagnol vient d'envoyer des délégués médicaux à Lierena, province de Badajoz et dans plusieurs villages de la province de Tolède, où des cas de choléra ont été constatés. Le village le plus sérieusement atteint est Canals, dans le district de Jativa, province de Valence, et il y a eu avant-hier, sur une population de 500 habitants, 30 cas de choléra et 25 décès. La misère est grande dans la province de Valence. C'est surtout à elle qu'on attribue cette recrudescence de l'épidémie. Le préfet de Valence a reçu hier, du gouvernement espagnol, pour être affecté aux secours, un crédit de 50,000 francs qu'on juge tout à fait insuffisants dans les circonstances actuelles.

Mésopotamie. — Les districts du Diarbekir, Bilis, Mossou et Van sont toujours contaminés. Du 17 juin au 23 juillet, il y a eu 169 cas et 124 décès dans le district de Dzeziré. Dans le district de Médine, 35 attaques et 16 décès du 18 au 27 juillet. Dans le village de Mossoul (6000 hab.) il y a eu 124 décès.

Du côté de la mer Rouge, les évènements se sont aggravés. A Camaran, il y a eu, du 2 au 22 juillet, 26 cas de choléra et 25 décès.

Le 28 juillet, le choléra a fait son apparition à Minah (13 cas et 7 morts) et au Hedjaz, où il n'y avait rien eu depuis 1884. Enfin, le choléra a gagné la Mecque. C'est de Bombay qu'est venue l'épidémie. A Djedda, la situation est très grave au point de vue du choléra, dit une dépêche du consul français en date du 4 août.

Des dépêches officielles de Djeddah accusent 600 décès cholériques pour la dernière journée.

Des mesures très rigoureuses ont été prises pour empêcher l'invasion du choléra en Egypte. Une commission de médecins a été instituée pour se concerter en vue des mesures préventives à adopter. La grande foire est interdite.

Le gouvernement égyptien et le conseil de quarantaine ont décidé que le 15 août les pèlerins venant de Djedda et allant dans la Méditerranée, seront retenus quinze jours à Ellow, par groupe de 100 personnes.

Si aucun cas de choléra ne se déclare pendant cette période, ils pourront passer le canal tout en étant soumis à une quarantaine rigoureuse.

Les pèlerins égyptiens subiront une quarantaine de quinze jours à Eltow. Si l'état de leur santé est satisfaisante, ils seront successivement transportés à l'île Moussa, où ils resteront quinze jours ; ils seront ensuite débarqués à vingt milles au sud de Suez, d'où ils seront conduits à cheval à travers le désert, jusqu'au Delta, puis ils seront renvoyés dans leurs foyers.

D'après une nouvelle de source officielle, le choléra vient d'éclater à Badajoz (Estramadure) sur la frontière du Portugal.

Le gouvernement portugais prend des mesures énergiques. Des troupes sont parties à la frontière pour y établir un cordon sanitaire.

Quatre cas de choléra ont été constatés, hier, au village d'Argès (province de Tolède). Le gouvernement portugais a défendu l'entrée aux chemins de fer sur son territoire. Pour des raisons sanitaires, tous les trains sont arrêtés ; on procède à l'installation d'un lazaret.

Le gouvernement français a été informé qu'éludant la décision interdisant, pour cette année, le pèlerinage de la Mecque, un certain nombre de musulmans algériens et tunisiens s'étaient rendus aux fêtes du Hedjaz en passant par Bengazy et Tripoli.

En présence de cette situation, des ordres ont été donnés aux autorités d'Algérie et de Tunisie pour que ces pèlerins ne soient admis à rentrer chez eux qu'après avoir été soumis à certaines formalités de nature à les empêcher d'importer le choléra dans nos possessions d'Afrique.

Distribution des prix aux élèves des Ecoles municipales d'infirmiers et d'infirmières de Bicêtre.

Samedi 2 août a eu lieu, à 4 heures, la distribution des prix aux élèves de l'Ecole municipale d'infirmiers et d'infirmières de Bicêtre, sous la présidence de M. Peyron, directeur général de l'Assistance publique, Faillet, conseiller municipal, Imard, inspecteur, Derouin, secrétaire général, Mourlan, chef de division, Pinon, directeur de Bicêtre, les Drs Bonnaire, Cornet, etc.,

Dans une excellente improvisation, M. Peyron a adressé ses remerciments aux professeurs de l'Ecole, et après avoir félicité les élèves de leur zèle, il a terminé en les invitant à appliquer tous leurs efforts à bien mériter de l'administration qui veillera toujours sur eux avec la plus attentive sollicitude.

M. Bourneville a prononcé ensuite le discours suivant :

Mesdames, Messieurs. La 13e année scolaire s'est accomplie d'une façon régulière. Aussi n'aurons-nous que quelques observations à présenter, après avoir fait, suivant nos habitudes, l'exposé des travaux de cette année.

L'enseignement primaire a fonctionné régulièrement sous la direction de M. Boutillier, premier instituteur, aidé de Mlles Blanche Agnus, Ferret et Mme Meyer pour les infirmières; MM. de Boyer et Mesnard, instituteurs, aidés de MM. Guinin et Routier pour les infirmiers.

L'école primaire comprend quatre divisions pour les élèves de chaque sexe. 64 infirmières sur 71 fréquentaient encore l'école au mois de juillet. Elles étaient ainsi reparties : 1re division, 30; — 2e division, 18; — 3e division, 12; — 4e division, 4; 116 infirmiers sur 137 étaient encore présents à l'école au mois de juillet: 1re division, 50 : — 2e division, 26 : — 3e division, 23 : — 4e division, 17.

En 1889, 6 infirmiers et 6 infirmières avaient obtenu le certificat d'études ; en 1890, nous comptons 14 infirmiers et 6 infirmières (1). Aujourd'hui, dans le *personnel secondaire* de Bicêtre, nous trouvons 3 infirmières pourvues du brevet élémentaire; 1 du certificat d'aptitude à la direction des écoles maternelles; 29 du certificat d'études.

Parmi les infirmiers, nous avons : 1 bachelier ès sciences, 1 bachelier ès lettres, 2 infirmières ayant le certificat de grammaire, 4 le brevet élémentaire et 34 le certificat d'études.

L'enseignement professionnel a été fait avec la régularité habituelle par tous vos maîtres. Nos deux internes, MM. Morax et Flœrsthem ont bien voulu vous faire, l'un une leçon sur les vers intestinaux et les moyens de les rechercher, l'autre sur les principaux symptômes qui caractérisent les maladies contagieuses et sur la conduite que vous devez tenir dans ces circonstances.

Les exercices pratiques ont continué à l'infirmerie générale sous la direction de Mme Siégel avec le concours de Mlle Lorcet.

Nous devons signaler aussi le concours empressé qui nous a été donné par MM. Gilbert, Langlet, Richet, surveillants, qui ont fait répéter une partie des exercices pratiques par leurs infirmiers. M. Fribault, sous-surveillant, a donné des renseignements aux sous-employés et infirmiers, sur les formalités qu'ils ont à remplir en cas de décès au point de vue administratif. Nous les remercions de leur concours, nous signalons leur zèle à l'attention de M. le Directeur et nous faisons appel à tous les surveillants et à toutes les surveillantes, à tous les sous-surveillants et à toutes les sous-surveillantes de la maison pour imiter cet exemple et nous aider à doter l'administration d'un personnel de plus en plus instruit et capable.

Les examens pratiques, qui ont duré 11 heures, ont été subis par 116 infirmiers et 64 infirmières, dont 2 infirmiers et 5 infirmières de l'hospice d'Ivry. Répondant enfin à notre appel, 9 sous-employés et 5 sous-employées ont suivi avec assiduité les cours professionnels et fait toutes les compositions. Leur conduite à cet égard est digne des plus grands éloges ; elle mérite à être signalée à l'attention de M. le Directeur. Nous espérons qu'elle excitera l'émulation des sous-employés de la Pitié et de la Salpêtrière.

Grâce au zèle des maîtres et à l'assiduité des élèves, cette année scolaire a été la plus fructueuse de toutes : 41 hommes et 27 femmes, soit 68, ont rempli toutes les conditions voulues pour l'obtention du diplôme. Le total des diplômes décernés à Bicêtre depuis le mois d'août 1883 atteint le chiffre de 237.

Les sous-employés dont nous parlions tout à l'heure, Mlle Saingeot, surveillante, M. Langlet, surveillant, Mmes Cuillère, Voyard, Rathier, sous-surveillantes, et Morize, suppléante ; MM. Baillon, Cadin, Gruel, Labelle, et Tailleur, sous-surveillants ; Alavoine, Coquet, Playoult, suppléants, ont été récompensés de leurs efforts et figurent parmi les diplômés.

Les résultats que nous venons d'indiquer témoignent d'une plus grande somme d'efforts de la part du personnel secondaire de l'Hospice. L'assiduité, surtout pendant les premiers mois de l'année scolaire, a été plus grande que par le passé. Toutefois, elle ne s'est pas maintenue aussi complète qu'elle aurait dû l'être. Les chiffres suivants le démontrent. Il y a à Bicêtre 190 infirmiers dont 24 de première classe ; 71 infirmiè-

(1) Depuis, que nous avons engagé les infirmiers et les infirmières à subir l'examen du certificat d'études, 28 hommes et 21 femmes l'ont obtenu à la date de ce jour.

© ANM

res dont 7 de première classe. Au point de vue de l'âge ils se répartissent de la façon suivante :

	H.	F.
au-dessous de 25 ans.	42	27
de 25 à 35	64	21
de 35 à 45	39	10
au-dessus de 45 ans	45	13
	190	71

Soit 145 infirmiers âgés de moins de 45 ans qui, tous, s'ils s'étaient conformés aux instructions de M. Peyron, auraient dû suivre les cours primaires et professionnels : 29 ont donc manqué à l'appel. Nous comptons sur le dévoûment de M. Pinon aux Ecoles municipales d'infirmières, pour que l'an prochain, le personnel secondaire de Bicêtre serve de modèle, pour son zèle à s'instruire, au personnel secondaire des autres établissements écoles.

Il est un point encore sur lequel nous devons insister, d'accord avec M. le Directeur de l'Assistance publique : c'est la nécessité pour tous les infirmiers et pour toutes les infirmières diplômés, dont l'instruction primaire est encore insuffisante, de continuer à suivre l'Ecole primaire et l'enseignement professionnel tant qu'ils restent à Bicêtre. Il y va de leur intérêt, car M. Peyron désire qu'il soit tenu un compte sérieux, dans les promotions, du degré de l'instruction primaire. Vous avez donc tous le plus grand intérêt à suivre ces conseils.

Vous savez en effet que, suivant ses promesses, M. Peyron a décidé de ne donner d'avancement qu'aux infirmiers ou infirmières diplômés de Bicêtre. Voici, en ce qui concerne l'école de Bicêtre, les promotions qui ont eu lieu cette année :

1 sous-surveillante a été nommée surveillante,
2 suppléantes ont été nommées sous-surveillantes,
4 premières infirmières et 2 infirmières ont été nommées suppléantes,
6 infirmières ont été nommées 1res infirmières,
2 sous-surveillants ont été nommés surveillants,
2 suppléants ont été nommés sous-surveillants,
7 premiers infirmiers ont été nommés suppléants,
3 infirmiers ont été nommés 1er infirmiers.

Soit 35 promotions depuis le 1er août 1889.

Nous avons eu souvent l'occasion de rappeler que, sur notre proposition, le Conseil municipal avait porté à 25 francs le traitement mensuel minimum des infirmiers et des infirmières. Lorsque nous avons obtenu cette amélioration du Conseil, nous disions qu'il conviendrait, dans un temps prochain, d'élever ce traitement à 30 francs par mois. Comme il s'agissait là d'une dépense relativement élevée et difficile à obtenir du premier coup, nous avons eu l'idée de demander à M. Peyron d'accorder cette augmentation aux infirmiers et infirmières diplômés, jusqu'à ce qu'ils reçoivent de l'avancement. Il a accepté notre proposition avec empressement, animé qu'il est, comme nous, du vif désir de doter les hôpitaux d'un bon personnel. C'est donc aux infirmiers eux-mêmes qu'il appartient de faire généraliser cette excellente mesure.

Là se serait terminé notre discours, si, à propos de la révolte qui a eu lieu à la Sûreté, nous ne tenions à vous rappeler quelle doit être la conduite de tous les agents du personnel secondaire en présence des incidents graves qui se produisent dans les asiles d'aliénés.

Lorsqu'un malade est agité, furieux, jamais vous ne devez l'aborder isolément ; il est indispensable que vous n'approchiez de lui qu'au nombre d'au moins trois ou quatre. Bien que rendu inconscient par sa maladie et sa fureur, le malade n'en comprend pas moins, dans une certaine mesure, qu'en face du nombre, sa résistance va devenir illusoire. Avec ces précautions, vous êtes sûrs de venir à bout du malade, sans être exposés à être blessés. Vous n'avez pas besoin, par conséquent, de déployer la même vigueur que lorsque vous agissez isolément. Dans ce dernier cas, l'infirmier se trouve sérieusement en danger, et, étant parfois violemment frappé, il se défend et, à son tour, il peut blesser l'aliéné. De là des réclamations des familles, des protestations dans la presse, et parfois même des condamnations.

En présence d'affaires semblables à la révolte de la Sûreté, les précautions à prendre sont encore plus considérables. Grâce à la fermeté de M. Pinon et à son sang-froid, cette révolte n'a pas eu de conséquences graves. Personne à Bicêtre n'a eu l'idée d'imiter un substitut de Saint-Omer, qui, pour venir à bout d'un aliéné réfugié sur un toit, tira sur lui des coups de revolver. A Bicêtre, lorsque les malheureux qui s'étaient révoltés ont compris qu'en raison du nombre toute résistance était inutile, ils sont rentrés dans leur préau. Le mieux, dans ces circonstances, c'est de cerner le lieu de la révolte, de prendre des précautions pour que personne ne soit blessé, soit parmi les malades, soit parmi les infirmiers, d'organiser des moyens de défense pour combattre l'incendie possible, puis de temporiser. L'aliéné ou les aliénés révoltés finiront par se calmer, le besoin de la faim et de la soif se faisant sentir, et les forces s'épuisant. En cas de révolte collective, comme à la Sûreté, les malades qui sont restés tranquilles aideront d'eux-mêmes à rétablir l'ordre. On ne dispose pas en tous lieux de troupes. Leur intervention, d'ailleurs, peut n'être pas sans inconvénients. Chefs et soldats n'ont aucune idée des obligations qui s'imposent vis-à-vis des malades. L'imprudence d'un chef ou d'un soldat aurait les conséquences les plus regrettables. Avec un bon personnel, sachant ce qu'il doit faire, la responsabilité qui lui incombe, il est possible d'arriver à un bon résultat, sans accident.

Il ne me reste plus, en terminant, qu'à insister de nouveau auprès de M. Peyron, pour qu'il réserve aux infirmiers diplômés de Bicêtre et de la Pitié toutes les places de suppléants, de sous-surveillants ou de garçons de bureau dont il dispose chaque année, dans son administration, et à vous inviter par votre zèle et votre dévouement envers les malades, votre obéissance aux prescriptions des médecins et aux ordres de l'administration, à vous rendre dignes des sacrifices que la République, par l'intermédiaire du Conseil municipal et de l'Administration, fait pour vous.

Puis il a été procédé à la distribution des récompenses.

Avant la fin de la cérémonie, M. Peyron s'est levé et a décerné aux employés blessés à la révolte de la Sûreté deux médailles d'honneur. Les paroles touchantes qu'il a prononcées nous dispensent d'aucun commentaire. Nous les reproduisons *in extenso* en lui adressant nos meilleurs compliments.

« Au nom de l'Administration générale de l'Assistance publique, j'ai l'honneur de remettre une médaille à M. Petit, sous-surveillant de la Sûreté, et à M. Perrotin, suppléant, concierge de la Sûreté, pour le courage dont ils ont fait preuve au milieu des incidents que M. le Dr Bourneville rappelait tout à l'heure et sur lesquels je ne veux pas revenir.

« Le courage est une vertu que ceux-là seuls disent facile, qui ne se sont jamais trouvés dans une de ces occasions où il faut la mettre en pratique.

« Vos camarades ont passé par cette épreuve et dans des circonstances singulièrement difficiles ; ils n'ont pas eu seulement à lutter contre les insensés qui les attaquaient, ils ont eu à lutter contre eux-mêmes et il leur a fallu garder, au milieu du danger, une pleine conscience de leur devoir et une pleine possession d'eux-mêmes pour résister à cet instinct qui nous porte à repousser la violence par la violence.

« Le témoignage que nous leur décernons est modeste ; ils pourront cependant avec quelque fierté transmettre ces médailles à leurs enfants. D'autres meurent riches qui ne laissent point un pareil héritage. »

Le Congrès de Berlin.

Nous sommes heureux de constater l'accueil sympathique fait à nos compatriotes au Congrès international de Berlin. Notre ami Baudouin l'a suffisamment indiqué dans son bulletin. Aussi nous contentons-nous d'indiquer sommairement les principaux faits qui se sont passés jusqu'ici.

On est forcé de reconnaître que les délégués français au Congrès médical reçoivent à Berlin un accueil empressé et presque chaleureux. Les médecins militaires envoyés par M. de Freycinet sont particulièrement l'objet de nombreuses attentions de la part de leurs collègues de l'armée allemande qui s'empressent de leur faciliter tous les moyens d'informations ou d'études.

Les délégués russes au Congrès médical de Berlin ont télégraphié au ministre de l'intérieur de Russie pour le prier d'obtenir par avance l'approbation du czar pour le cas où le Congrès déciderait de se réunir la prochaine fois à Saint-Pétersbourg ou à

© ANM

Moscou, mais sur la proposition du sénateur italien Bacelli, le Congrès a adopté que sa prochaine session aurait lieu à Rome en 1891.

Dans la séance du 6 août, M. Virchow a fait connaître que 7,056 cartes en tout ont été distribuées aux membres du Congrès, aux invités et aux dames. L'Amérique est représentée par 623 membres, la Russie par 421, la Grande-Bretagne par 353, la France par 173. La réception offerte aux membres du Congrès médical par la municipalité de Berlin donnait assez le spectacle d'une sorte de Babel dans laquelle les convives fraternisaient dans toutes les langues, le verre à la main. L'orchestre a joué successivement tous les hymnes nationaux. La *Marseillaise* a été accueillie par les bravos des assistants. L'hymne de Rouget de l'Isle, exécuté dans l'hôtel de ville de Berlin, en face du tableau de Muchlenbruck, représentant la France vaincue, a causé une impression indéfinissable.

Une réception a été donnée le lendemain à l'ambassade de France, en l'honneur du Congrès international. Des invitations avaient été adressées aux représentants les plus éminents de la science médicale française, aux membres du comité d'organisation, à plusieurs médecins principaux de l'armée. On remarquait dans l'assistance un grand nombre de femmes et de filles de délégués français. Les honneurs étaient faits de la façon la plus aimable par M. Herbette, assisté de sa fille, de son gendre, ainsi que du personnel de l'ambassade. Plusieurs membres en vue du Congrès médical, représentant l'Allemagne, l'Angleterre, la Russie, l'Autriche, l'Italie, les Etats-Unis, le Danemark, la Hollande, l'Espagne, etc., assistaient également à un dîner offert par M. de Bleichrœder, conseiller intime du commerce. Albin R.

Enseignement médical libre.

Technique microscopique. — M. le Dr Latteux, chef de laboratoire de la Faculté, commencera les cours suivants : le 11 août, à 4 h., technique microscopique générale et anatomie pathologique ; le 18 août, à 2 h., technique bactériologique et microbiologie, avec exercices pratiques. Les élèves répètent eux-mêmes toutes les expériences. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition. On s'inscrit chez le Dr Latteux, 17, rue du Louvre, de 1 h. à 2.

NÉCROLOGIE.

Henri TOUSSAINT.

Nous apprenons la mort, à l'âge de 43 ans, de M. Henri TOUSSAINT, professeur à l'Ecole de médecine de Toulouse et ancien professeur à l'Ecole vétérinaire de la même ville.

Cette perte sera vivement ressentie, non seulement par l'Ecole de médecine, où M. Toussaint avait su se créer une haute situation par l'étendue de ses connaissances et la clarté de son enseignement, mais encore par la profession vétérinaire, à laquelle il restait profondément attaché et qu'il avait largement contribué à rehausser dans l'échelle sociale.

Nous n'avons pas à retracer ici cette vie toute de travail et si pleine d'exemples. Disons toutefois que M. Toussaint laisse après lui un bagage scientifique d'une grande valeur ; c'est à lui, notamment, que revient le mérite d'avoir constaté le premier les effets atténuants de la chaleur sur le microbe du charbon bactéridien (bacilles anthrasis), et d'avoir démontré la virulence des corpuscules trouvés dans le sang des poules cholériques.

Le regretté professeur de Toulouse a publié en outre d'importants travaux sur la rage, la clavelée, la tuberculose, la péripneumonie contagieuse, etc., etc., qui ont valu à leur auteur plusieurs récompenses de l'Institut, de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine. P. RIGOLLAT.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 27 juillet 1890 au samedi 2 août 1890, les naissances ont été au nombre de 1121 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 422 ; illégitimes, 148, Total, 570. — *Sexe féminin :* légitimes, 416 ; illégitimes, 135, Total, 551.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 27 juillet 1890 au samedi 2 août 1890, les décès ont été au nombre de 848 savoir : 452 hommes et 396 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 4, F. 5, T. 9. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 16, F. 12, T. 28. — Scarlatine : M. 5, F. 2, T. 7. — Coqueluche : M. 3, F. 7, T. 10. — Diphthérie, Croup : M. 10 F. 7, T. 17. — Choléra : M. 00, F. 00, T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 81, F. 52, T. 133. — Autres tuberculoses : M. 17, F. 12, T. 29. — Tumeurs bénignes : M. 2, F. 5, T. 7. — Tumeurs malignes : M. 23, F. 31, T. 54 — Méningite simple : M. 11, F. 14, T. 25. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 13, F. 11, T. 24. — Paralysie : M. 5, F. 8, T. 14. — Ramollissement cérébral : M. 2, F. 3, T. 5. — Maladies organiques du cœur : M. 28, F. 23, T. 51. — Bronchite aiguë : M. 6, F. 4, T. 10. — Bronchite chronique : M 13 F. 11, T. 24. — Broncho-Pneumonie : M. 13, F. 19, T. 32. — Pneumonie : M. 16, F. 13, T. 29. — Gastro-entérite, biberon, M. 44, F. 41, T. 85. — Gastro-entérite, sein : M. 9, F. 12, T. 21. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 2. F. 0, T. 2. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2 — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 0, T. 0 — Débilité congénitale : M. 9, F. 5, T. 14. — Sénilité : M. 8, F. 17, T. 25. — Suicides : M. 13, F. 5, T. 18. — Autres morts violentes : M. 5. F. 3, T. 8. — Autres causes de mort : M. 87, F. 68, T. 155. — Causes restées inconnues : M. 6, F. 4, T. 10.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 66, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 35, illégitimes, 9. Total : 44. — *Sexe féminin :* légitimes, 14 ; illégitimes, 8. Total : 22.

FACULTÉ DES SCIENCES DE NANCY. — M. HALLER, professeur de chimie à la Faculté des sciences de Nancy, est chargé, sous l'autorité du doyen de ladite Faculté, de la direction de l'Institut chimique de cette ville.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX. — MM. DENIGÈS, agrégé, chimie ; MOUSSOUS, agrégé, clinique interne des maladies des enfants ; ARNOZAN, agrégé, maladies syphilitiques et cutanées ; RIVIÈRE, agrégé, accouchements.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE. — MM. DEMON, agrégé, accouchements ; PHOCAS, agrégé, clinique externe des maladies des enfants.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — Un concours pour une place de prosecteur s'ouvrira le 5 novembre 1890. — Un concours pour deux places d'aide d'anatomie s'ouvrira le 10 novembre 1890.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON. — MM. POULLET, agrégé, accouchements ; BEAUVISAGE, agrégé, botanique ; PERRET, agrégé, clinique des maladies des enfants.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — Sont maintenus, pour l'année scolaire 1890-1891, dans les fonctions ci-après désignées, à la Faculté de médecine de Nancy : 1° *Chefs de travaux :* M. Prenant, chargé des fonctions, travaux anatomiques ; — M. Voirin, travaux du laboratoire de chimie ; — M. Guilloz, travaux du laboratoire de physique ; — M. Vuillemin, travaux d'histoire naturelle. — 2° *Préparateurs :* M. Jacques, chimie ; — M. Durand, laboratoire de chimie, travaux pratiques ; — M. Lambert, chargé des fonctions, physique ; — M. Colin, thérapeutique ; — M. Trèche, médecine légale ; — M. Mouginet, histoire naturelle, préparateur au lieu d'aide ; — M. Parisot (Paul), histiologie, préparateur au lieu d'aide ; — M. Louviot, physiologie expérimentale, préparateur au lieu d'aide ; — M. Chambelland, anatomie pathologique, préparateur au lieu d'aide. — Un congé, pendant l'année scolaire 1890-1891, est accordé, sur sa demande et pour raison de santé, à M. BEAUNIS, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Nancy. — M. RENÉ, agrégé près la Faculté de médecine de Nancy, est chargé, en outre, pendant l'année scolaire 1890-1891, d'un cours de physiologie à ladite Faculté. — Sont chargés, pour l'année scolaire 1890-1891, des cours complémentaires ci-après désignés à la Faculté de médecine de Nancy : M. PARISOT, agrégé, clinique des maladies des vieillards ; — M. REMY, agrégé, accouchements ; — M. SCHMITT, agrégé, clinique des maladies syphilitiques et cutanées ; — M. SIMON, agrégé, clinique des maladies des enfants ; — M. LANGLOIS, docteur en médecine, clinique des maladies mentales ; — M. BARABAN, agrégé, histologie ; — M. NICOLAS, agrégé, anatomie ; — M. SCHMITT, agrégé, matière médicale et thérapeutique.

ECOLE DE SANTÉ MILITAIRE. — Le jury du concours pour l'école du service de santé militaire est composé de M. le médecin inspecteur Gaujot, et de MM. les médecins-majors Pierrot et Benech.

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE MONTPELLIER. — Sont chargés, pour l'année scolaire 1890-1891, des fonctions de chefs de travaux à l'Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier : *Travaux de chimie et de pharmacie :* M. IMBERT, pharmacien de 1re classe, licencié ès sciences. — *Travaux pratiques de physique :* M. AUBARET, préparateur de chimie à ladite école.

ECOLE DE PLEIN EXERCICE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE NANTES. — M. J.-B. MALHERBE, professeur de clinique médicale à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes, est admis, pour cause d'ancienneté d'âge et de services, à faire

© ANM

valoir ses droits à une pension de retraite à partir du 1er novembre 1890. M. J.-B Malherbe est nommé professeur honoraire.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOURS. — Un concours s'ouvrira, le 3 mars 1891, devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — M. le Dr SCHIFFERS est nommé professeur de clinique et de policlinique des maladies de l'oreille, du nez et du larynx, près l'Université de Liège.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours pour les prix à décerner en 1890 à MM. les élèves internes de quatrième année en fonctions dans les hôpitaux et hospices. — Concours de chirurgie et d'accouchement.* — L'ouverture de ce concours aura lieu le jeudi 11 décembre 1890, à quatre heures, à l'hôpital de la Charité. Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au Secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 1er au 15 octobre inclusivement. Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au secrétariat général avant le 15 octobre, dernier délai.

Concours pour les prix à décerner en 1890 à MM. les élèves internes de quatrième année en fonctions dans les hôpitaux et hospices. — Concours de médecine. — L'ouverture de ce concours aura lieu le lundi 8 décembre 1890, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu. Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au Secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 1er au 15 octobre inclusivement. Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au secrétariat général avant le 15 octobre, dernier délai.

CONCOURS PUBLIC POUR UN EMPLOI DE SOUS-DIRECTEUR DU BUREAU D'HYGIÈNE DE LYON. — Ce concours s'ouvrira à Lyon le vendredi 26 décembre 1890. Le registre des inscriptions sera clos le mardi 23 décembre, à 4 heures du soir. Les candidats devront remplir les conditions suivantes : Etre âgés de 25 ans révolus ; être français ou naturalisés français ; être pourvus du diplôme de docteur en médecine délivré par une Faculté de médecine française. Les candidats déposeront, en se faisant inscrire, la liste de leurs titres et travaux scientifiques. Les épreuves du concours auront lieu à l'Hôtel-de-Ville, devant un jury spécial désigné par le maire : Ire *Epreuve* (mémoire écrit). *Epidémiologie*: Maladies contagieuses transmissibles et épidémiques (symptômes, diagnostic, anatomie et physiologie pathologiques, pathogénie, thérapeutique et prophylaxie). — IIe *Epreuve* (mémoire écrit). *Hygiène publique; Hygiène scolaire.* — IIIe *Epreuve* (rapport écrit). *Visite et inspection d'une école publique; examen clinique d'un ou plusieurs enfants.* — IVe *Epreuve* (clinique). *Leçon écrite sur un ou deux malades atteints d'affections médicales.* Le jury fixera, pour chacune des quatre épreuves précédentes, le temps accordé aux candidats pour la rédaction des mémoires, préparation, etc. Aussitôt après la dernière séance, le jury, après avoir examiné la valeur des épreuves, et, si ces épreuves lui paraissent suffisantes, désigne un seul des candidats au choix de l'administration municipale. Le candidat nommé entrera en fonction le 1er janvier 1891. Les attributions seront fixées par un arrêté du maire. Le traitement alloué au sous-directeur du bureau d'hygiène est de 4 000 fr. au minimum. L'exercice de la médecine lui est interdit, ainsi que le cumul avec les fonctions de médecin ou de chirurgien en exercice, des hôpitaux, du bureau de bienfaisance, etc., etc.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Viennent d'être nommés au grade de *Chevalier de la Légion d'honneur* : MM. Le Bègue, directeur du l'asile public d'aliénés de Bron ; — le Dr Reclus, chirurgien à l'hôpital Broussais ; — le Dr Gruby, membre du Conseil d'administration de l'Association des Dames françaises ; — le Dr Casanova, maire de Constantine ; — le Dr Azcinar, membre du Conseil général de la Haute-Garonne ; — le Dr Vergély, médecin des hôpitaux et du service des épidémies de la Gironde ; — le Dr Deluc, conseiller d'arrondissement ; — le Dr Michel, médecin à Bar-le-Duc ; — le Dr Brachet, médecin de l'hôpital d'Aix-les-Bains. — *Au grade de Chevalier du mérite agricole* : M. Sicard (H.), pharmacien à Béziers (Hérault), chroniqueur agricole du *Petit Méridional*, directeur du journal la *Ligue agricole* ; 30 ans de service. — *Officier de l'Instrution publique* : M. Legendre (Alphonse-Louis-Joseph), docteur-médecin à Saint-Léger-sous-Beuvray (Saône-et-Loire), délégué cantonal. — *Officiers d'académie* : MM. Despréaux (Paul-Louis-Victor), docteur-médecin, professeur à l'Union française de la jeunesse ; — Battesti (Toussaint), docteur-médecin, conseiller général à Ornessa (Corse) ; — Cotte (Gustave), docteur-médecin à Barrême (Basses-Alpes) ; — Pain, docteur-médecin à Cayenne (Guyane) ; — Romieu, docteur-médecin à Digne (Basses-Alpes) ; — Augé (Denis-Jules), docteur-médecin à Reuilly (Indre) ; Bontemps (F.), docteur-médecin à Saumur (Maine-et-Loire), médecin-inspecteur des écoles ; — Arfeuille (P.), pharmacien à Poitiers (Vienne), membre de la Société d'agriculture de la Vienne ; — Rabé (F.-L.-M.), docteur-médecin à Maligny (Yonne). Organisateur et président élu du syndicat antiphyloxérique de Maligny. Plusieurs médailles pour améliorations horticoles ; 29 ans de services.

LA CASTRATION PÉNALE. — Un médecin californien vient d'imaginer une nouvelle peine légale qui est au moins originale : il propose de castrer les criminels et certains aliénés (moyen, dit-il, bien plus utile que la prison, pour améliorer la race humaine et éviter sûrement l'hérédité criminelle). Cela n'est vraiment pas mal trouvé ; mais avant que ce procédé fut adopté — ce qui n'est pas à craindre — il faudrait avoir démontré que l'opération n'est pas au moins inutile. On sait, en effet, que les dégénérés ont peu d'aptitude à se reproduire, et que les criminels et les fous sont bien plus souvent des dégénérés à la première génération, fils d'individus intoxiqués ou malades, que des descendants de criminels ou de fous. (*Revue scientifique.*)

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons la mort du Dr CHARGÉ, décédé le 1er août à St-Raphaël, dans sa magnifique villa de Valesuire. Le Dr Chargé, disciple d'Hannemann, dit le *Petit-Var*, était regardé en France comme le maître indiscuté de la science homéopathique. Il passait depuis déjà longtemps une grande partie de l'année à Saint-Raphaël. D'un talent supérieur, le docteur Chargé se faisait remarquer par son grand esprit d'humanité à l'égard des prolétaires, qui n'ont jamais en vain sollicité les secours de son art. — Le Dr EDWIN, Chadwick, un des fondateurs de l'hygiène moderne, vient de s'éteindre à Londres à l'âge de 90 ans. — Nous signalons également le décès du prof. BUONOMO, député au Parlement italien et vice-président de la Chambre à la dernière législature ; il avait été directeur du Manicome provincial de Naples et professeur de psychiatrie à l'Université de cette ville. — Le professeur A. SAN JUANO, adjuvat à la Faculté de Madrid, chef à la Clinique de Grenade et professeur d'anatomie et d'histologie. On lui doit, parmi ses nombreux travaux, un *Traité d'Anatomie générale* et un autre d'*Histologie normale et pathologique*. — Le Dr FEULARD, médecin à Paris, père du chef de clinique du professeur Fournier. — Le Dr DELIGNY (de Toul), médecin des eaux de St-Gervais (Haute-Savoie). — Le Dr HALLEZ, professeur à l'Ecole de médecine de Lille.

Phthisie, Bronchites chroniques. — EMULSION MARCHAIS.

Phthisie. VIN DE BAYARD à la peptone phosphatée, le plus puissant reconstituant de la thérapeutique. Une à deux cuillerées par repas.

PEPTONATE DE FER ROBIN. — 10 à 20 gouttes par repas. (Chloro-Anémie).

Précieuse. Source de **VALS**, très efficace contre les affections du **Foie** et de la **Vessie**. (Calculs, Gravelle, Diabète, Goutte, etc.) *Prescrite par les Médecins des Hôpitaux de Paris.*

Albuminate de fer soluble (LIQUEUR DE LAPRADE) le plus assimilable des ferrugineux (Pr Gubler). Une cuillerée à chaque repas. Chlorose et troubles de la menstruation, c'est le fer gynécologique par excellence.

Dyspepsie. — VIN DE CHASSAING. — *Pepsine.* — *Diastase.*

ANÉMIE **LA BOURBOULE** DIABÈTE
Enfants débiles, voies respiratoires
MALADIES DE LA PEAU, RHUMATISMES

AVIS A MM. LES AUTEURS ET ÉDITEURS

Le PROGRÈS MÉDICAL rappelle à MM. les Auteurs et Editeurs que les ouvrages dont il sera reçu deux exemplaires seront annoncés au Bulletin Bibliographique et analysés, s'il y a lieu ; ceux dont il ne sera reçu qu'un exemplaire seront simplement annoncés.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS — IMP V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

© ANM

18e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XII. N° 33. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 16 AOUT 1890.

183

Le Progrès Médical

GYNÉCOLOGIE

Péri-métro-salpingite (*suite*) (1) ;

(Inflammation péri-utérine, péri-métrite, para-métrite, pelvi-péritonite, phlegmon du ligament large, adéno-lymphite, adéno-phlegmon juxta-pubien, abcès pelvien, cellulite pelvienne) ;

par S. POZZI, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Lourcine.

SYMPTÔMES ET DIAGNOSTIC. — *Péri-métro-salpingite séreuse.* — Les signes de l'inflammation propagée autour des trompes et de l'utérus, dans sa forme la plus bénigne, sont ceux que j'ai sommairement indiqués dans le chapitre des salpingites sous le nom de *poussées aiguës*. La description en a été bien faite par divers auteurs, mais sous des noms différents. Peter (2), Guéneau de Mussy (3) les avaient signalées sans spécifier leur localisation exacte. Martineau (4) les a rapportées à l'adénite péri-utérine. Courty (5) admet aussi l'origine lymphangitique. Mundé, en Amérique, et A. Martin, en Allemagne, l'ont acceptée. Cantin (6) a consacré un bon travail à la défense de cette opinion.

Outre les signes de la *salpingite concomitante*, voici ceux qui sont propres à l'inflammation circonvoisine : les femmes se plaignent d'une recrudescence de leurs malaises habituels ; il est rare, cependant, qu'il y ait un *état fébrile* marqué ; un peu d'embarras gastrique se montre seulement. A l'examen, par le toucher, on constate une sensibilité plus grande dans les culs-de-sac ; parfois même, une *douleur* très vive et très localisée arrache une plainte à la malade chaque fois que le doigt revient à la même place. Il peut y avoir de l'*empâtement* général de la région, surtout s'il y a eu déjà antérieurement des atteintes pareilles ou plus fortes, ayant laissé subsister des adhérences qui ont *ankylosé* l'utérus ; dans ces cas-là, les signes fournis par le toucher pourront, au moment d'une simple poussée aiguë de cette nature, revêtir un caractère apparent de gravité contre lequel un clinicien expérimenté saura se mettre en garde ; la bénignité des symptômes généraux prémunira, du reste, contre un pronostic exagéré.

Au bout de quelques jours, en effet, on verra l'empâtement se résoudre et faire place à des *tumeurs* indépendantes de l'utérus, lequel peut être redevenu tout à fait mobile. Il y a, généralement, plusieurs noyaux dans les culs-de-sac postérieur et latéraux. Ils donnent, ainsi que Guéneau de Mussy l'avait le premier indiqué, la sensation de ganglions arrondis, plus ou moins sensibles au toucher (7). Les changements que subissent ces tumeurs sont très rapides, si bien que, si le résultat des explorations quotidiennes n'avait pas été noté exactement, on croirait presque avoir été le jouet d'une illusion (de Sinéty).

Parfois, on peut voir persister pendant très longtemps certains noyaux très durs, ligneux, que leur consistance et leur forme font plus ou moins ressembler à des *fibromes* (Guéneau de Mussy). On les en distinguera facilement par le manque de connexions intimes avec l'utérus, l'absence de dilatation de la cavité de l'organe. L'*ovaire prolabé* est plus volumineux, forme une tumeur isolée, dont la pression amène une douleur spéciale, nauséeuse, syncopale. La tumeur formée par un petit *kyste de l'ovaire*, ou un *kyste du ligament large*, a un caractère tout à fait différent : elle est élastique ou fluctuante, franchement latérale, unique, accessible seulement par la palpation bimanuelle et non par le toucher seul. Je ne parle que pour mémoire des *scybales*, qui pourraient tromper seulement un observateur inattentif et qui négligerait le toucher rectal. L'examen au spéculum ne fournit aucun renseignement.

La marche de ces noyaux d'œdème et de ces collections séreuses, de la péri-salpingite, est capricieuse et intermittente ; ils constituent un des éléments de ces inflammations à répétitions des annexes qui ont été décrites dans le chapitre des salpingites ; ils ont une grande tendance à la récidive, mais aucune à la suppuration.

II. ABCÈS PELVIENS. — Ce nom ne désigne pas seulement des collections purulentes situées dans le petit bassin, car, à ce titre, les pyosalpinx devraient entrer dans cette classe. Ce qui caractérise chirurgicalement l'abcès pelvien, c'est d'être une collection qui n'est pas libre et indépendante, ni susceptible d'être énucléée, pédiculisée et enlevée, mais bien une collection *pelvéo-pariétale*, soudée au pelvis qui lui forme paroi. On les a décrits, à la fois, sous les noms de pelvi-péritonites et de paramétrites suppurées ; on a même englobé aussi, à tort, sous le nom d'abcès pelviens, les phlegmons du ligament large, qui constituent un type clinique bien distinct.

Cliniquement, les abcès pelviens ne sont le plus souvent que les phases ultimes de l'évolution des pyosalpinx, et aucune démarcation ne les sépare au point de vue symptomatique. Quelquefois cependant, des phénomènes aigus marquent le passage de la suppuration des trompes et des ovaires de la forme circonscrite (pyosalpinx, abcès de l'ovaire) à la forme diffuse. S'il y a issue de pus dans le péritoine du petit bassin, ou, simplement, inflammation vive périphérique, la *douleur* peut subitement apparaître, vive, syncopale et accompagnée de phénomènes analogues à ceux de la péritonite : frissons, vomissements, ballonnement du ventre, face grippée, pouls filiforme. En même temps, la *fièvre*, qui avait pu manquer jusque-là ou n'être ap-

(1) Voir *Progrès Médical*, nos 29, 30.

(2) Peter. — Notes à la traduction de Bennett. *Traité pratique de l'inflammation de l'utérus*, p. 259.

(3) N. Guéneau de Mussy. — *Clinique médicale*, tome Ier, p. 474.

(4) Martineau. — *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus*. Paris, 1880, p. 779.

(5) Courty. — *Annales de Gynécologie*, 1881.

(6) Cantin. — *Des lymphangites péri-utérines non puerpérales*. Thèse de Paris, 1889.

(7) Martineau (*Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus*, p. 779-780), guidé par les idées théoriques qui dominaient sa nosologie, prétendait reconnaître nettement au toucher les traînées lymphatiques formées par les vaisseaux malades, sous forme de cordes dures et résistantes et dérivait des caractères de l'adénolymphite en rapport avec la nature de l'affection utérine : dans la métrite scrofuleuse, les ganglions seraient volumineux, indolores, nombreux ; dans la métrite arthritique, ils seraient petits, multiples, etc.

© ANM

préciable qu'à une exploration thermométrique très attentive, se montre et affecte de préférence le type rémittent, à exaspérations vespérales. Il y a des *troubles de voisinage* du côté du rectum et de la vessie : constipation, dysurie, ténesme rectal et vésical. Si l'abcès proémine du côté du rectum, le cours des matières fécales peut être totalement interrompu (1).

Le toucher et la palpation bimanuelle doivent être pratiqués avec grandes précautions. Ils font constater que l'utérus est fixe, enclavé dans le petit bassin et comme emprisonné dans une coulée de matière plastique, qui n'est autre que l'œdème inflammatoire intense qui a infiltré la totalité du tissu cellulaire voisin. Au bout de quelques jours, cet œdème diminue et démasque, pour ainsi dire, la saillie de l'abcès qui est alors séparée du col utérin par un sillon plus dépressible. Cette *tumeur* est lisse, régulière, difficile à limiter supérieurement : elle donne au doigt une sensation de chaleur, et il y perçoit souvent des battements artériels dus à la dilatation des vaisseaux ; il est rare qu'on y trouve de la fluctuation, vu l'induration du vagin, qui parfois a la consistance du carton, et l'épaisseur très grande de tissus infiltrés qui séparent du doigt le foyer purulent, souvent très petit, quoique enveloppé dans une forte gangue. Un caractère important est l'immobilité de l'utérus et celle de la tumeur ; l'un et l'autre paraissent solidaires, soudés ; par la palpation bimanuelle, on se rend compte, aussi, que la tumeur adhère aux parois du bassin. L'utérus est dévié en sens inverse, le col aplati contre le pubis, si, comme c'est le cas le plus fréquent, la tumeur siège dans le cul-de-sac postérieur ; elle peut, aussi, faire surtout saillie sur les côtés ; enfin, plus rarement encore, l'empâtement prédomine en avant, entre l'utérus et la vessie. Le toucher rectal donne de précieux renseignements complémentaires sur les connexions de la tumeur. L'examen au spéculum est inutile.

Une période de *rémission* assez franche peut arriver à ce moment et durer un temps assez long, par suite de la formation d'adhérences protectrices qui limitent franchement le foyer. Mais, quand se prononcent de nouveau les tendances à l'*évacuation*, les douleurs lancinantes et la fièvre redoublent. Si l'évacuation tend à se faire vers le cul-de-sac postérieur, le vagin présente d'abord une plaque indurée ; si c'est vers le rectum, une pesanteur périnéale et un ténesme rectal des plus pénibles l'indiquent.

Une crise très grave précède souvent l'ouverture dans le rectum, le vagin, ou, plus rarement, dans le tissu cellulaire pré-vésical ; une brusque accalmie lui succède, mais n'est plus de longue durée. L'abcès se vide mal, et des phénomènes de résorption chronique se manifestent, ou bien, l'abcès s'évacue en totalité, mais se remplit ensuite, et se vide encore à des périodes irrégulières, avec le même cortège de troubles généraux. La malade tombe dans un état d'affaiblissement et d'hecticité semblable à celui que j'ai déjà décrit à propos des pyosalpinx fistuleux. A ce moment-là, du reste, les deux affections sont tout à fait confondues en clinique, et la différence qui résulte des connexions différentes du foyer (énucléable dans un cas, impossible à décortiquer dans l'autre) n'est qu'une question de médecine opératoire. Dans les cas exceptionnels, la malade guérit après évacuation de l'abcès. Mais ceux-ci laissent alors souvent subsister après eux d'interminables *fistules*.

On a cité quelques faits de mort rapide par ouverture de l'abcès dans le péritoine ; ils sont très rares, car des fausses membranes se superposent pour circonscrire le foyer.

L'abcès pelvien peut être *tuberculeux* comme le pyosalpinx dont il dérive ; dans ces cas-là, on observe ordinairement d'autres signes de tuberculose du côté des poumons.

Le *diagnostic* de l'abcès pelvien et du *pyosalpinx* se fait facilement quand existe encore la mobilité de la collection kystique et pédiculée des trompes ; il est impossible si cette tumeur kystique est largement adhérente, et si elle est devenue fistuleuse ; ce n'est que par l'étude des symptômes généraux et les commémoratifs qu'on peut alors soupçonner que l'inflammation est devenue plus diffuse, et la laparotomie seule tranche tout à fait la question. Le *phlegmon du ligament large* forme une tumeur latérale, placée de champ à côté de l'utérus ; elle apparaît rapidement après un accouchement. L'*hématocèle pelvienne*, à ses débuts, est franchement fluctuante ; elle ne donne lieu à des phénomènes fébriles que lorsqu'elle suppure et se transforme en abcès pelvien.

III. Phlegmon du ligament large. — Il est, le plus souvent, désigné par les auteurs étrangers sous le nom de *paramétrite* ; mais il y a tout intérêt, me semble-t-il, à lui conserver la vieille dénomination sous laquelle il a été l'objet en France de descriptions devenues classiques, d'autant plus que ce nom répond, en somme, assez exactement au siège principal, sinon initial, des lésions.

Il se déclare, ordinairement, vers la fin du premier septénaire d'un accouchement que des conditions spéciales ont rendu septique (épidémie, manœuvres faites avec d'insuffisantes précautions antiseptiques, etc.). Un grand *frisson* peut en marquer le début ; d'autres fois, c'est la *douleur locale* qui est le phénomène initial ; elle siège vers les lombes et s'irradie dans la cuisse. L'abolition de l'appétit et du sommeil, des sueurs profuses, de petits frissons erratiques, une *fièvre* à caractère rémittent, l'altération profonde des traits, annoncent que la suppuration se poursuit ; dès qu'elle est collectée, un calme relatif peut donner à la malade une sorte de répit trompeur. Si l'on a pratiqué le toucher à cette période, on n'a trouvé, dans les premiers jours, qu'un *empâtement général* des culs-de-sac, immobilisant l'utérus, avec prédominance de la tuméfaction d'un côté. Puis, si l'on examine ultérieurement, en y joignant la palpation bimanuelle, on sent que l'empâtement s'est localisé en une *masse latérale*, faisant corps avec l'utérus et le reliant à la paroi pelvienne, et s'élevant jusqu'au détroit supérieur, comme si le ligament large était solidifié. Un prolongement, en forme de croissant, entoure généralement le col de l'utérus dont il est séparé par un sillon. L'utérus est repoussé vers le côté sain, en latéro-version souvent très accentuée.

(1) Un épiphénomène curieux des suppurations pelviennes est la production d'une pleurésie diaphragmatique : celle-ci serait assez fréquente. Potain (*Association française pour l'avancement des sciences*, Rouen 1883) a signalé que de simples fluxions ou irritations ovariennes ou péri-ovariennes peuvent, par une sorte de contre-coup (action nerveuse réflexe), retentir sur les plèvres. — A. Lasne (*Pleurésie diaphragmatique et pelvi-péritonite*. Thèse de Paris, 1887) a repris ce sujet et admet que la pleurésie est alors due à la propagation de l'inflammation du péritoine pelvien au péritoine diaphragmatique par les vaisseaux lymphatiques, et plus spécialement par ceux qui accompagnent les vaisseaux tubo-ovariens et qui aboutissent aux piliers du diaphragme. Il s'agit généralement d'une pleurésie diaphragmatique sèche, très légère.

© ANM

Il n'est pas impossible que la *résolution* se fasse à cette période et que la maladie se termine par la résorption des produits plastiques et la rétraction inodulaire du ligament large. Mais cela constitue une exception infiniment rare. Généralement, après une courte rémission, les frissons reviennent avec des sueurs profuses et de la diarrhée, l'état général s'altère de plus en plus et donne l'idée nette d'une *infection septique*. La mort peut arriver à cette période. Il est plus ordinaire de voir le pus parvenir à se frayer un chemin à l'extérieur, si le chirurgien bien avisé ne prévient les efforts de la nature. L'infiltration purulente gagnant de plus en plus les limites du ligament large, les dépasse vers le vagin et vers les côtés du pelvis; le cul-de-sac vaginal s'épaissit, s'indure, et donne au doigt explorateur la sensation qu'on a décrite sous le nom de *vagin de carton*. D'autre part, en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, ou un peu plus bas, exactement au-dessus du triangle de Scarpa et séparée de lui par l'arcade crurale, apparaît une induration sous forme de plaque ou de *plastron* qui est l'indice de l'envahissement du tissu cellulaire sous-cutané. A ce moment, la tumeur a souvent dépassé les limites du pelvis pour déborder dans la fosse iliaque. La plaque s'étend, se ramollit à son centre, rougit, et le pus verdâtre et bien lié coule en quantité énorme, invraisemblable, par un orifice souvent très petit. Même ouverture peut se faire par le *vagin*, et, plus rarement, par le *rectum* ou le *cœcum*, ou même la *vessie*. Les *péritonites* mortelles sont bien plutôt dues à l'extension de l'inflammation qu'à l'ouverture dans la grande cavité séreuse.

L'ouverture peut rester *fistuleuse*, donner issue à des quantités de pus de plus en plus restreintes, et enfin se fermer après un temps souvent très long; les malades sont souvent emportées à cette période par l'*hecticité*, si la chirurgie n'intervient pas pour ouvrir largement, drainer et désinfecter un foyer où la suppuration croupit.

Le *diagnostic* ne pourrait être douteux qu'au début, quand on ne sait pas si la suppuration sera circonscrite, se bornera à un *abcès pelvien*, ou à la fin, quand, ayant dépassé le pelvis, elle a transformé le phlegmon du ligament large en un véritable *abcès de la fosse iliaque*. C'est donc par l'étude de la marche qu'on établira son jugement; elle est du reste très caractéristique, et ne permettra pas la confusion avec une *périlyphlite*, un *abcès ossifluent*, ni surtout avec un *cancer de l'os iliaque* à marche galopante.

IV. La *cellulite diffuse pelvienne* n'est que la manifestation locale d'un état général septicémique qui s'impose seul suffisamment par lui-même à l'attention du clinicien; je ne m'y appesantirai donc pas. Je me borne à signaler la rapidité extrême de l'extension, qui a été comparée à celle de l'érysipèle; la tendance à la mortification du tissu cellulaire, qui peut donner lieu à de l'emphysème; l'ulcération de vaisseaux parfois importants, occasionnant de formidables hémorrhagies (1); la marche fatale du mal.

PRONOSTIC. — Il varie essentiellement selon les formes et les degrés de l'inflammation péri-métro-salpingienne. C'est faute d'avoir fait cette distinction que les auteurs diffèrent si notablement sur cette question de pronostic.

La *péri-métro-salpingite séreuse* partage le pronostic de la lésion des trompes à laquelle elle se rapporte. Elle en a la *marche chronique à répétitions*, mais ne met pas la vie en péril; elle reste longtemps une infirmité plus qu'une maladie.

L'*abcès pelvien* est plus grave; il peut entraîner la *mort* par *péritonite* aiguë, par *septicémie* rapide ou par *hecticité* lente. Il offre aussi une marche capricieuse, à *redoublements*, bien indiquée par Gosselin (1). Mais ce chirurgien confondait manifestement, comme ses contemporains, sous le nom de phlegmon péri-utérin, les salpingites catarrhales avec œdème inflammatoire et les pyosalpinx.

Quand le malade a échappé aux accidents aigus et que la maladie, par résorption ou par l'évacuation spontanée du foyer, est arrivée à ce qu'on peut appeler sa guérison naturelle, la malade n'en demeure pas moins sujette à des troubles incessants de la santé par suite des *lésions chroniques* de la trompe, et aussi des adhérences anormales, des rétractions ligamentaires, des déplacements de l'utérus et de l'ovaire. Sänger a expressément noté que les uretères étaient beaucoup plus faciles à palper chez les femmes ayant eu des inflammations péri-utérines, comme si leurs parois étaient épaissies par le travail inflammatoire voisin. On a même rapporté des accidents de pyélo-néphrite causés par la rétraction cicatricielle résultant d'un abcès pelvien (2).

Freund (3) a décrit sous le nom de *para-métrite chronique atrophique* ou *atrophiante* une maladie qui pourrait bien être due souvent à un abcès pelvien guéri par résorption spontanée et sclérose consécutive des tissus atteints par l'inflammation. Sous l'influence de cette rétraction, les vaisseaux sont comprimés, et il en résulte une atrophie de tout le canal génital avec ménopause anticipée.

Le *phlegmon de ligament large* est grave. La *mort* peut survenir dans l'orage inflammatoire du début, ou tardivement par la longueur de la suppuration, ou même subitement par l'*embolie* qui succède aux thromboses des veines du bassin.

La *cellulite pelvienne diffuse* est presque fatalement mortelle. (*A suivre*).

(1) M. Duncan (*Trans. of the obst. Society*, London, 4 mai 1887) a communiqué trois cas d'ouverture de gros vaisseaux, et même des vaisseaux iliaques, par la cellulite pelvienne.

(1) Gosselin. — *Cliniques de la Charité*, t. III, p. 56. Voir, par exemple, le chapitre relatif à une *Métrite hémorrhagique avec coïncidence de phelgmon péri-utérin*, où le diagnostic de pyosalpinx avec péri-métro-salpingite est de la dernière évidence.

(2) Leroy-Broun. — *Pyelitis and acute suppurative nephritis caused by compression of the ureter from a cicatricial mass, the result of a pelvic abcess* (*Medic. Record*, New-York, 1889, t. I, p. 285).

(3) Freund. — *Monatschrift f. Geburts*, Bd. XXXIV.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — MM. BLAISE, agrégé, histologie; BAUMEL, agrégé, clinique des maladies syphilitiques et cutanées; GERBAUD, agrégé, accouchements.

ECOLE DE PLEIN EXERCICE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE. — M. DOMERGUE, suppléant des chaires de pharmacie et de matière médicale à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille, est chargé, en outre, pendant l'année scolaire 1890-1891, d'un cours de pharmacie à la dite Ecole. — M. GOURRET, docteur ès sciences, est chargé, pour l'année scolaire 1890-1891, des fonctions de suppléant à la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille.

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE NANCY. — Sont maintenus, pour l'année scolaire 1890-1891, dans les fonctions ci-après désignées, à l'Ecole supérieure de pharmacie de Nancy: 1° *Chefs de travaux:* MM. Klobb, agrégé, travaux pratiques de chimie et de pharmacie; Brunotte, agrégé, travaux pratiques d'histoire naturelle et de micrographie; — 2° *Préparateurs:* MM. Martin, toxicologie et physique; Janny, matière médicale, minéralogie et hydrologie.

© ANM

CLINIQUE INTERNE

Contribution à l'étude de la cachexie pachydermique (*Idiotie myxœdémateuse*) (*suite*) (1);

Par BOURNEVILLE.

OBSERVATION VIII. — *Père, fièvres intermittentes, paralytique général. — Arrière-grand-père paternel apoplectique. — Oncle paternel migraineux ; mère nerveuse. — Grand-père paternel mort de tuberculose. — Grand'mère maternelle paralysée. — Arrière-grand-père maternel aliéné. — Oncle maternel migraineux. — Mère nerveuse, un peu microcéphalique. — Grand-père maternel mort tuberculeux. — Grand'mère maternelle hémiplégique. — Arrière-grand-père maternel aliéné.*

Père au début de sa paralysie générale à l'époque de la conception. — Premières convulsions à huit mois. — Bronchite. — Symptômes classiques du myxœdème. — Morte à l'âge de 7 ans.

Autopsie : Persistance de la fontanelle antérieure. — Absence complète de glande thyroïde. — Persistance du thymus.

Cab... Marie-Pauline, née à Sedan, le 29 juillet 1882, est entrée à l'asile de Villejuif dans le service de M. le Dr BRIAND, le 29 avril 1889 (24 mars 1889) (2).

Renseignements fournis par sa mère. — *Père*, 44 ans, sergent de ville, est depuis trois mois à l'asile d'aliénés de Ville-Evrard pour une *paralysie générale*. Depuis sept ans, il était sujet à des accès de colère et battait sa femme ; depuis longtemps, mais davantage depuis un an, il s'adonnait à la boisson ; il a été sujet à des accès mensuels de fièvre intermittente bien caractérisés depuis son mariage jusque dans ces dernières années. — [*Père*, sobre, mort d'une *attaque d'apoplexie*, en 8 jours ; il a été sujet à des accès mensuels de *fièvres intermittentes* bien caractérisées depuis son mariage jusque dans ces derniers temps. — *Mère*, très nerveuse, bien portante, pas d'excès de boisson. — *Grands-parents paternels* et *maternels*, pas de détails. — Un *oncle maternel* est mort *aliéné*. — *Frère* migraineux. — *Sœur* nerveuse et d'un caractère violent ; elle a deux enfants bien portants ; sans convulsions. — Pas d'autres aliénés, pas d'épileptiques, pas d'autres paralytiques, pas d'enfants semblables à la malade].

Mère, 33 ans, nerveuse, migraineuse, brune, intelligente, d'une physionomie toute différente de celle de sa fille. — Léger prognathisme de la mâchoire supérieure. Dents mal implantées ; oreilles mal ourlées. — [*Père*, sobre, mort à 27 ans de tuberculose. — *Mère* irritable, *paralysée* du côté gauche depuis quatre ans. — *Grand-père paternel* mort à 66 ans, de bronchite chronique, laboureur, sobre. — *Grand'mère paternelle, migraineuse*, morte à 81 ans, d'un *cancer* de la face. — *Grand-père maternel* mort aliéné à 72 ans. — *Grand'mère maternelle* morte à 84 ans. — Un *oncle* et une *tante paternels* sont morts tuberculeux ; un autre oncle est en bonne santé. Il en est de même de 2 *oncles* et d'une *tante maternels*, ainsi que de leurs enfants. — Ni frère, ni sœur. — Pas d'autres aliénés, pas de goîtreux, bien qu'il y en ait dans son pays, etc.]

Pas de consanguinité. — Père de Mirecourt ; mère de Sedan. Inégalité d'âge de 11 ans.

Quatre *enfants* : — 1° Fille, dix ans, intelligente, nerveuse ; jamais de convulsions ; — 2° Fille morte de *méningite* à 2 ans ; — 3° Fille morte à 3 ans d'une fluxion de poitrine ; pas de convulsions ; 4° Pauline.

Notre malade. — A l'époque de la *conception*, le père, assure-t-on, ne présentait aucun indice de trouble mental, n'était pas violent ; ils vivaient en bonne intelligence ; mais depuis quelque temps déjà, il s'était mis à la boisson et, je pense, dit la mère, que la petite a « été faite quand il avait bu. » — *Grossesse*, assez mauvaise : « J'ai vomi depuis le premier jour jusqu'au dernier » ; pas de coups, de chutes, pas d'émotions, pas d'alcool ni d'opium ; à 7 mois, sans cause connue, est survenu un commencement de travail : « La matrice restait ouverte » au dire de la sage-femme. Pas de métrorrhagie. Pendant les deux derniers mois, douleurs tous les huit jours. — *Accouchement* à terme naturel, sans chloroforme, en 15 heures. Les autres accouchements ont été plus rapides. — *A la naissance*, pas d'asphyxie, bien que l'enfant eût deux circulaires du cordon autour du cou ; elle a crié de suite. La tête était grosse, non déformée ; les ongles étaient réguliers ; il n'y avait pas de développement exagéré du système pileux. — Elevée au sein par sa mère jusqu'à cinq mois, puis au biberon avec du lait de vache. Jusqu'à huit mois bien venante, mais elle avait la *langue*, les *pieds* et les *mains épais* et la *peau* cireuse, et, dès la naissance, on avait remarqué qu'elle avait une voix différente de celle des autres enfants.

A huit mois, dans le cours de sa première *bronchite*, au bout de deux semaines, elle a eu pendant trois jours et chaque jour à diverses reprises des *convulsions* qui ont duré chaque fois dix minutes ; elle devenait roide, toute bleue, avait des secousses dans les quatre membres, égales des deux côtés. — A partir de ces convulsions, l'enfant « n'a plus poussé du tout », dit la mère. Elle grossissait mais ne grandissait pas et son ventre devenait plus volumineux. C'est alors seulement qu'on a noté l'existence de la hernie ombilicale.

Fig. 17. — Cab..., à 6 ans et 10 mois.

Première dent à 17 mois ; elle n'avait pas ses 20 dents à son entrée à Villejuif. « Elle n'a eu ses oeillères qu'à 4 ans. » A la maison, elle restait assise presque tout le temps, s'amusant avec une poupée, avec des jouets, soit seule, soit avec sa sœur, qu'elle aimait beaucoup, ainsi que sa mère. Elle reconnaissait tous ses parents. Son caractère était sauvage ; elle n'aimait pas voir des étrangers. Très coléreuse, elle se raidissait, se renversait sur sa chaise et se frappait la tête avec ses poings. — Aucun tic. Pas d'onanisme. Pas de vers.

Pas de rougeole, pas de varioloïde, etc. — Pas de coqueluche, ni d'angine. Elle aurait toujours bavé et la langue restait hors de la bouche. Coryzas fréquents.

Première ophtalmie à 4 mois ; depuis, elle en a eu souvent ; les paupières restaient constamment collées. — Elle a eu quelques croûtes d'impétigo sur les tempes, de l'eczéma des oreilles ; — des adénites autour du menton ; — pas d'otite ; — plusieurs fois des furoncles un peu partout (*Fig.* 17).

Mai. — M. le Dr Briand ayant eu l'obligeance de nous envoyer la malade à Bicêtre pour la faire photographier, nous en avons profité pour recueillir les notes sommaires ci-après :

Tête volumineuse, se rétrécissant en avant, surtout dans la

(1) Voir *Progrès médical*, nos 26, 27, 30.

(2) Les renseignements que nous avons donnés dans notre communication à l'*Association française* étaient incomplets. Nous avons pu retrouver la mère et avoir d'elle, nous-même, des renseignements précis.

© ANM

moitié postérieure; *front* assez haut, mais très étroit. — *Persistance de la fontanelle médiane antérieure.* — *Cheveux* gros, rudes, noirs et assez abondants sur les côtés et en arrière; d'un noir tirant sur le roux et peu abondants sur la partie

Fig. 18. — Cab..., à 6 ans et 10 mois.

moyenne des pariétaux et du frontal. Nombreuses crasses du *cuir chevelu*, se desquamant et se reproduisant. *Sourcils* clairs. Les *paupières* sont bouffies, ont une pâleur bleuâtre et sont le siège d'une *blépharite chronique*. Les *cils* sont très longs et assez fournis aux paupières supérieures et très rares aux inférieures. Il existe un léger degré d'*entropion* à la paupière inférieure gauche. Iris bleus. Pas de lésions des globes ocu-

Fig. 19. — Cab..., à 6 ans et 10 mois.

laires. *Nez* camus (1), épaté. *Joues* épaisses, surtout dans leur partie postérieure, ballottantes, gélatiniformes. Erythème de la joue gauche. *Lèvres* très grosses, *bouche* assez large, *langue* très épaisse, que la malade laisse voir entre les arcades dentaires, qui sont comme aplaties en avant. En haut, quelques-unes des dents sont usées; la voûte palatine est large et plate. Le menton est comme doublé. Ganglions sous-maxillaires assez volumineux. Les *oreilles* sont bien ourlées, les lobules sont adhérents et un peu relevés. Le visage est plutôt rond, la *physionomie* offre l'aspect dit crétinoïde que nous avons signalé chez les autres malades. Le *regard* est vague, mais peut être fixé (*Fig.* 18, 19 et 20).

Circonférence horizontale maxima	49 c. »
Demi-circonférence bi-auriculaire. Distance de la racine du nez à l'articulation occipitale. . . .	36 c. »
Diamètre antéro-postérieur	17 c. 2
— bi-auriculaire	10 c. 4
— bi-pariétal	13 c. 5

Le cou est très court; sa circonférence est de 30 centimètres. On sent très bien les cartilages de la trachée, mais ni nous, ni nos internes, n'avons pu percevoir la glande thyroïde. On trouve des masses pseudo-lipomateuses très prononcées, tremblotantes, dans les creux sus-claviculaires et sous les ais-

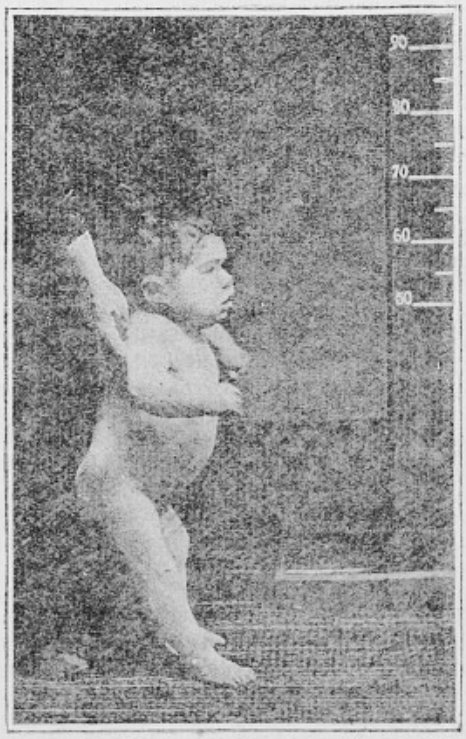


Fig. 20. — Cab..., à 6 ans et 10 mois.

selles. Le tronc est ramassé, le ventre large et volumineux, surtout dans sa moitié supérieure ou sus-ombilicale, avec une pointe de *hernie ombilicale*; les grandes lèvres sont assez saillantes. La colonne vertébrale est régulière. Le bassin et les fesses sont étroits par rapport à la partie supérieure du thorax.

Circonférence du thorax au niveau des aisselles .	50 cent.
— — des mamelons.	53 cent.
— — de l'ombilic .	16 cent.

Les membres supérieurs sont gros et courts; les mains volumineuses, épaisses, rouges et froides. — Les membres inférieurs présentent absolument les mêmes caractères. La peau a une teinte mate, d'aspect cireux et est rugueuse.

MEMBRES SUPÉRIEURS.	DROIT.	GAUCHE.
	Cent.	Cent.
Circonférence au niveau des aisselles. .	0,15	0,16
— à cinq centimètres au-dessus de l'olécrâne	0,14	0,14
— à cinq cent. au-dessous de l'olécrâne	0,15	0,16 1/2
— au niveau de poignet . .	0,10 1/2	0,10 1/2
— — du métacarpe .	0,13	0,13

(1) Le père a le nez aquilin et les cheveux très bruns et très fins; la mère a le nez allongé et un peu relevé à la pointe, les cheveux bruns et fins.

© ANM

MEMBRES INFÉRIEURS.

Circonférence au niveau du pli de l'aine.	0,24 1/2	0,25 1/2
— à 5 cent. au-dessus de la rotule	0,19 1/2	0,22
— à 5 cent. au-dessous de la rotule.	0,16 1/2	0,17 1/2
— au niveau des malléoles .	0,12	0,12 1/2
— — du métatarse .	0,12	0,13

La *taille* de l'enfant est de 70 centimètres 1/2. Son *poids* est de 10 kil. 100. Cab.... ne marche pas et manifeste une grande résistance quand il s'agit de se mouvoir. La *préhension* existe, mais est lente et imparfaite, cependant, Cab.... tient assez bien les objets dans ses mains et peut porter un biscuit à sa bouche. Elle est gâteuse. Elle sourit quand elle voit arriver les aliments. Elle est susceptible d'une certaine attention. La *parole* est nulle, la *voix* est aigre, stridente.

Juillet. — Dans les premiers jours du mois, l'alimentation est devenue difficile. L'enfant maigrit et se cachectise progressivement. Rien à l'auscultation. Battements du cœur affaiblis. Abaissement appréciable de la température à la main. Ecoulement séro-purulent fétide du nez. Diarrhée et vomissements par intervalles. Morte dans le *marasme*, le 16 juillet, à 7 heures du matin.

AUTOPSIE le 17 *juillet*. — L'enfant a sensiblement maigri depuis l'époque où nous l'avons vue et fait photographier, c'est-à-dire depuis le mois de mai dernier. Les tumeurs graisseuses, les joues et un peu les pieds sont moins volumineux.

Tête. — Le *cuir chevelu* est amaigri, la couche graisseuse est très réduite. — Les *os* peu épais sont durs. La *fontanelle antérieure* persiste ; elle mesure 3 cm. 1/2 d'avant en arrière et 3 cm. transversalement (1). Les *sutures* sont ossifiées en très grande partie, mais transparentes dans certaines parties de leur étendue. Il existe des *adhérences* nombreuses entre la voûte du *crâne* et la *dure-mère*, qu'il a fallu en quelque sorte décoller de la voûte du crâne (2). — La quantité de *liquide céphalo-rachidien* ne paraît ni augmentée, ni diminuée. La *pie-mère* n'offre qu'une très légère vascularisation. Les *artères*, les *nerfs* et les différentes parties de la base de l'encéphale sont normaux.

Cerveau. — *Hémisphère droit*. — *a) Face externe*. — La plus grande partie des circonvolutions de cet hémisphère ont laissé, par places, après la pie-mère, une très légère couche de substance grise. La *scissure de Sylvius* est large, profonde, et montre la moitié environ de la *circonvolution de l'insula* qui est formée de cinq digitations bien développées, dont deux sont bifurquées. La *scissure de Rolando* est profonde. F_1, volumineuse, très flexueuse, s'anastomose vers son milieu avec F_2, par deux plis très voisins l'un de l'autre. F_2 est également très développée, très sinueuse ; elle dessine un véritable gyrus sur le milieu de son trajet. F_3, bien développée, très flexueuse, envoie des replis dans les sillons de la 2e frontale. — F. A. est petite et s'anastomose à son pied avec la pariétale ascendante, interrompant la scissure de Rolando. — Les 1re, 2e et 3e *circonvolutions pariétales* sont maigres, surtout la première; la deuxième a été entamée par un trait de scie qui empêche de bien juger de son état. — Le *pli courbe* présente également des circonvolutions extrêmement grêles par places, puis renflées entre ces étranglements. Le *lobe occipital* est petit; les circonvolutions serrées et peu sinueuses. Les circonvolutions temporales sont assez maigres ; la 1re envoie un prolongement épais au lobule de l'insula.

Les sillons secondaires du lobe frontal sont très peu profonds ; ceux des lobes pariétal, temporal et occipital le sont un peu plus. Les sillons de la face interne sont, eux aussi, assez superficiels.

b) Face interne.— Les circonvolutions sont bien développées, sauf la circonvolution du corps calleux ; le *lobe paracentral* est creusé de sillons assez nombreux ; la scissure calcarine est profondément ouverte. Le coin et l'avant-coin ne présentent rien de particulier. Il en est de même de la circonvolution de la corne d'Ammon et de l'hippocampe. — Le *ventricule latéral* n'est pas dilaté, sa surface est lisse; les noyaux paraissent normaux.

2e *Hémisphère gauche*. — *a) Face convexe*. — Cette face est beaucoup moins lésée que la face correspondante de l'hémisphère opposé, au point de vue des adhérences. — La *scissure de Sylvius* est aussi très largement ouverte et découvre l'insula qui est volumineux et composé de 7 digitations principales. F_1 est volumineuse et assez flexueuse. F_2 très maigre, a son extrémité antérieure peu sinueuse, s'insère sur la frontale ascendante par deux replis très peu marqués. F_3, moyennement flexueuse, est maigre en avant. — La *frontale ascendante*, très grosse, reliée à sa base à la pariétale ascendante, ferme ainsi en bas le sillon de Rolando, qui est profond et bien développé. — La *pariétale ascendante* est également bien tracée et ne présente qu'un peu d'amaigrissement dans son tiers inférieur. La 1re pariétale, assez maigre et peu flexueuse, plonge brusquement dans l'extrémité postérieure de la scissure de Sylvius ; il en résulte une dépression courbe qui est inscrite dans le sillon du pli courbe. — La 2e pariétale est, au contraire, très développée, ainsi que la 3e. — Le *pli courbe* est bien formé. — Le *lobe occipital* est formé de circonvolutions peu sinueuses. — Les adhérences sur cette face sont surtout marquées au niveau de la 1re frontale et sur la pariétale ascendante.

b) Face interne.— La première circonvolution frontale et le *lobe paracentral* sont bien développés jusqu'à la scissure calcarine. — Les circonvolutions du *lobe occipital* présentent beaucoup de points amaigris. La *circonvolution du corps calleux* est beaucoup mieux développée que celle du côté opposé. Le *lobe quadrilatère* est volumineux ; le *coin* est plus large que d'habitude à son extrémité centrale. L'*hippocampe* et la *corne d'Ammon* n'offrent rien de spécial. — Le *ventricule latéral*, le *corps strié* et la *couche optique* semblent normaux. Sur cet hémisphère, les sillons sont un peu plus profonds qu'à droite.

Les circonvolutions ne sont pas symétriques, surtout les lobes quadrilatères et le coin. A droite, cette dernière circonvolution a son extrémité interne déprimée et moitié moins épaisse qu'à gauche.

Cervelet.— Les deux lobes latéraux sont symétriques, le lobe moyen paraît petit; la *protubérance*, le *bulbe* et les *olives* sont également symétriques et paraissent normaux.

Cou. — Un examen attentif montre qu'*il n'y a aucune trace* de la *glande thyroïde*. Le *larynx* et la *trachée* n'offrent rien de particulier. On trouve des amas de graisse jaunes, humides, brillants et de nombreux ganglions de 5 à 10 millimètres de longueur sur les côtés du cou, surtout à gauche. Il en existe également sous les aisselles, offrant le même aspect. — La *langue* est large et très épaisse.

Thorax. — Pas de liquide dans les plèvres. — Il reste quelques fragments du *thymus*. — Les poumons sont sains, sauf un peu d'œdème à la base du poumon gauche. — Plusieurs ganglions bronchiques sont tout à fait caséeux. Les poumons pèsent 225 grammes. — *Cœur*, 78 grammes, pas de surcharge graisseuse, ni de sérosité péricardique. Tissu ferme, un peu pâle. *Trou de Botal* oblitéré. Pas d'autres lésions.

Abdomen. — L'*estomac*, les *intestins*, la *rate* (40 gr.), le *pancréas* (35 gr.), ne présentent aucune lésion. — Le *foie* (495 gr.) est décoloré, jaune et d'aspect tout à fait graisseux sur les coupes ; pas de calculs. Les *reins* pèsent 97 gr., se décortiquent facilement, ne sont pas lobulés. A la coupe, ils se montrent un peu anémiés, surtout les pyramides. Il y a dans le rein droit un *kyste* de la grosseur d'une petite noisette.— La *vessie*, un peu distendue par l'urine, a des parois épaisses. L'*utérus* et ses annexes sont sains. Le *poids du corps* est de 9,500 gr. à peine, ce qui fait une diminution de plus de 600 gr. depuis le mois de mai.

Voici maintenant le résultat de l'*examen histologique* pratiqué par notre ancien interne, M. PILLIET :

Examen histologique.— 1° *Peau du cou, région antérieure*. — L'épiderme est mince, avec une forte couche cornée. Le plan papillaire est peu épais, les glandes sébacées manquent et les poils follets sont tout à fait rudimentaires, les pelotons sudoripares sont peu développés. Les faisceaux connectifs du derme

(1) On sait que la fontanelle médiane antérieure ou grande fontanelle disparaît de deux ans à deux ans et demi.

(2) Des adhérences semblables ont été notées dans plusieurs cas.

© ANM

et les cloisons qui circonscrivent le tissu adipeux sous-cutané sont à peu près à l'état normal. La fibrillation des faisceaux conjonctifs est seulement moins marquée dans les endroits où ces faisceaux sont épais, principalement autour des glandes sudoripares, et les cellules sont en ces points plus étoilées qu'alentour, mais on ne note nulle part l'aspect du tissu muqueux vrai tel qu'il se trouve dans le cordon ombilical ; il n'existe que des petits îlots péri-glandulaires. La graisse qui forme les pelotons adipeux est très abondante et disposée d'une façon qui rappelle tout à fait ce qu'on observe chez les nouveau-nés très gras. — Le *muscle* sous-jacent est divisé par des travées connectives assez fortes, riches en fibres élastiques.

Peau de la main. — Même aspect en général. Les glandes sudoripares sont peu développées comme chez les nouveau-nés et les très jeunes sujets. L'aspect myxoïde du tissu conjonctif est plus marqué dans les travées fibreuses du tissu sous-cutané, surtout à leurs points d'entrecroisement.

Foie. — Il est uniformément gras comme un foie de poisson ou d'animal engraissé, sans aucune systématisation, sans sclérose de quelque nature que ce soit. Les cellules sont régulièrement distendues par de grosses gouttelettes adipeuses.

Rein. — Il a l'aspect classique du rein d'enfant, avec les lobules rénaux bien dessinés et la substance corticale très développée ; on ne trouve pas de glomérules encore en voie de formation sous la capsule. Il n'y a pas de lésions scléreuses, mais toutes les cellules du parenchyme sont graisseuses, non pas distendues comme celles du foie, mais infiltrées de fines gouttes de graisse, et elles se colorent d'une façon intense par la teinture d'orcanette.

Utérus et ovaire. — Comme il est habituel à cet âge, l'utérus contient peu de fibres lisses, le col en est dépourvu. Les ovules sont très peu abondants dans le stroma ovarien. A part cette rareté des ovules, l'aspect et le volume des organes rappellent ce qu'on constate chez les petites filles, de la naissance à deux ans.

2° *Cerveau.* — L'examen a porté sur un fragment du cerveau pris au milieu de la frontale ascendante droite et sur l'un des lobes latéraux du cervelet, les coupes montrent un développement assez marqué des capillaires qui sont élargis ; les cellules névrogliques sont relativement abondantes. La substance blanche paraît parsemée de corps granuleux, mais cet aspect est dû à ce que la myéline a été convulsionnée par suite du long séjour de la pièce dans l'alcool. Le stroma névroglique paraît nettement fibrillaire, surtout dans les portions les plus superficielles de l'écorce. Les grandes cellules pyramidales et les moyennes sont allongées ; beaucoup sont presque complètement fusiformes, mais nulle part on ne constate de pigmentation semblable à celle qu'a décrite M. Fletcher Beach, ni de vacuolisation. Dans le cervelet, la couche granuleuse est extrêmement riche en cellules ; les grandes cellules de Purkinje sont très nombreuses et ne paraissent pas non plus altérées. En tout cas, elles ne sont pas pigmentées.

En résumé, il est difficile d'apprécier des altérations quantitatives des cellules pyramidales sur le cerveau d'un enfant si jeune. Quant aux altérations qualitatives, elles sont très peu marquées. Les lésions des fibres à myéline dans la couche corticale, dans les faisceaux descendants de la substance grise, et dans la substance blanche, n'ont pu être étudiées à cause du long séjour des pièces dans l'alcool.

Analyse d'une portion de la peau, faite par M. RÉQUIER, pharmacien en chef de l'asile de Villejuif. — Résultats pour cent grammes de substance (1) :

Eau	37,263
Cendres	0,650
Albumine soluble	6,460
Corps gras et traces de cholestérine	44,283
Acides gras libres	2,200
Licithine	1,230
Mucine	0,965
Kératine	3,694
Substances non dosées et pertes	3,255
Total	100,000

(1) Cette analyse doit être rapprochée de celles que nous avons données dans notre premier mémoire (OBS. VI).

Cent grammes de substance sèche renferment :

Cendres	1,036
Albumine soluble	10,297
Corps gras	70,587
Acides gras libres	3,506
Licithine	1,960
Mucine	1,548
Kératine	5,888
Substances non déterminées et pertes	5,178
Total	100,000

Nous croyons utile de relever rapidement les *antécédents héréditaires* de cette enfant. Du côté paternel, nous avons chez le père lui-même la *paralysie générale* imminente à l'époque de la *conception* qui a eu lieu devant l'*ivresse alcoolique* et des accès chroniques de *fièvre intermitente* ; l'*apoplexie* du grand-père paternel de la malade ; l'*aliénation mentale* chez un grand-oncle ; les *migraines* chez un oncle du côté maternel ; nous trouvons des *migraines* chez la mère et une arrière-grand'mère maternelle qui a succombé à un *cancer* de la face ; une *hémiplégie* chez la grand'mère ; la *folie* chez un arrière-grand-père ; enfin la *tuberculose* chez le grand-père, un arrière-grand-père, un oncle et une tante. Des deux côtés, le terrain était mauvais et tout pouvait faire prévoir un produit défectueux.

Les phénomènes de *cachexie pachydermique* : état cireux de la peau, épaississement de la langue, des mains et des pieds, et les caractères particuliers de la *voix* ont été remarqués dès les premiers mois de l'existence ; mais ce n'est qu'à huit mois, après des convulsions, qu'on a noté la présence d'une *hernie ombilicale* et le volume exagéré du ventre. (*A suivre*).

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 3 août 1890 au samedi 9 août 1890, les naissances ont été au nombre de 1236 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 512 ; illégitimes, 146, Total, 658. — *Sexe féminin :* légitimes, 413 ; illégitimes, 165, Total, 578.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 3 août 1890 au samedi 9 août 1890, les décès ont été au nombre de 873 savoir : 468 hommes et 405 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 4, F. 6, T. 10. — Variole : M. 0, F. 2, T. 2. — Rougeole : M. 9, F. 16, T. 25. — Scarlatine : M. 2, F. 0, T. 2. — Coqueluche : M. 1, F. 6, T. 7. — Diphthérie, Croup : M. 14, F. 10, T. 24. — Choléra : M. 00, F. 00, T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 108, F. 70, T. 178. — Autres tuberculoses : M. 15, F. 15, T. 30. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 8, T. 9. — Tumeurs malignes : M. 14, F. 19, T. 33. — Méningite simple : M. 12, F. 16, T. 28. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 20, F. 15, T. 35. — Paralysie : M. 2, F. 4, T. 6. — Ramollissement cérébral : M. 3, F. 3, T. 6. — Maladies organiques du cœur : M. 22, F. 18, T. 40. — Bronchite aiguë : M. 7, F. 7, T. 14. — Bronchite chronique : M. 11, F. 8, T. 19. — Broncho-Pneumonie : M. 8, F. 8, T. 16. — Pneumonie : M. 17, F. 11, T. 28. — Gastro-entérite, biberon, M. 36, F. 43, T. 79. — Gastro-entérite, sein : M. 11, F. 11, T. 22. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 2, T. 3. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 4, T. 4. — Débilité congénitale : M. 6, F. 5, T. 11. — Sénilité : M. 10, F. 10, T. 20. — Suicides : M. 25, F. 1, T. 26. — Autres morts violentes : M. 14, F. 1, T. 15. — Autres causes de mort : M. 87, F. 79, T. 166. — Causes restées inconnues : M. 8, F. 5, T. 13.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 71, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 19, illégitimes, 14. Total : 33. — *Sexe féminin :* légitimes, 21 ; illégitimes, 17. Total : 38.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr Vincent DU CLAUX, un de nos confrères estimés de la presse scientifique. — M. le Dr PULIDO DO PAJES, professeur à la Faculté de médecine de la Havane. — M. le Dr FAUZI-BEY, professeur de médecine opératoire à l'Ecole de médecine du Caire.

© ANM

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Hernies Internes Rétro-Péritonéales

(Hernies formées dans les Fossettes normales du Péritoine).

Sous ce titre, M. Jonnesco vient de décrire, dans un magnifique volume (1), quatre variétés de hernies internes, ayant toutes les caractères primordiaux suivants : 1) Elles sont munies d'un véritable sac péritonéal ; 2) Elles siègent dans la cavité abdominale ; 3) Elles se développent dans le tissu cellulaire rétro-péritonéal ; 4) Elles sont formées dans une fossette péritonéale préexistante, normale.

Les hernies qui remplissent ces conditions sont : I. *La Hernie à travers l'hiatus de Winslow*, siégeant dans l'arrière-cavité des épiploons. II. *Les Hernies duodénales*, développées dans les fossettes de la région duodénale. III. *Les Hernies peri-cæcales*, développées dans les fossettes péri-cæcales. IV. *La Hernie intersigmoïde*, développée dans la fossette du même nom.

Historique.— Neubauer (1776), publia le premier cas de *Hernie duodénale*. Jusqu'en 1857 tous les faits pouvant être rattachés à cette variété, y compris le précédent, furent mal interprétés par leurs auteurs et attribués, le plus souvent, à une anomalie du péritoine. En 1857, Treitz décrit le premier cette hernie sous le nom de rétro-péritonéale. Appelées tour à tour H. mésogastriques internes (Grüber), H. duodéno-jéjunales (Leichtenstern), H. duodénales (Jonnesco) (2), elles furent l'objet de recherches assez nombreuses de Grüber (1861), Eppinger (1870), Landzert (1871) F. Krauss (1884), Otto-Staudenmayer (1886). Ces travaux ont cherché surtout a élucider la pathogénie de ces hernies, soit par des observations nouvelles, soit par des recherches anatomiques. De 64 cas que Jonnesco rapporte *in extenso*, 5 lui paraissent douteux, et 3 inacceptables, malgré l'avis de Treitz, Grüber, etc. *Les Hernies péri-cæcales* (Jonnesco) n'ont pas d'histoire; tout se résume en quelques faits attribués à une hernie formée : dans une « poche anormale » sous-cæcale (Rieux); dans la tunique vaginale restée intra-abdominale (Fages) ; à travers une boutonnière de l'aponévrose iliaque (Josse), etc. Toutes ces hernies sont développées dans les fossettes de la région cæcale. Jonnesco rapporte 12 cas. Les faits de de Haen et de Lawrence, que Treitz désigna sous le nom de *Hernie intersigmoïde*, doivent être écartés. Les seules observations certaines de ce genre de hernies sont celles de Jomini (1882) et de F. Eve (Jonnesco). Treitz refusait la qualité de *Hernie interne à celle qui se produit à travers l'hiatus de Winslow*. Rokitansky, Grüber, Jonnesco y voient une véritable hernie rétro-péritonéale. A part les cas attribués injustement à des hernies de ce genre (Deville, Gontier), la science possède 8 cas certains (Jonnesco) dus à Blandin, Moir, Majoli, Square, Treves, etc.

(1) T. Jonnesco. — *Hernies internes rétro-péritonéales, ou hernies formées dans les fossettes normales du péritoine. Hernies duodénales. Hernies péricæcales. Hernie intersigmoïde. Hernie à travers l'hiatus de Winslow.* Avec 74 figures dans le texte. Paris, G. Steinheil, 1890, 304 pages.

(2) Jonnesco. — *Anatomie topographique du duodénum et hernies duodénales.* Avec 13 planches (21 figures) hors texte. Paris, Lecrosnier et Babé, 1889, 107 pages.

Anatomie et Physiologie pathologiques. — Pour bien comprendre l'évolution et la constitution même des Hernies rétro-péritonéales, il est indispensable d'avoir une notion exacte sur l'anatomie de la région où elles se produisent. A l'exemple de Jonnesco, nous devrions faire précéder chaque variété de Hernie d'une description anatomique. Mais ceci nous entraînerait trop loin; aussi nous nous contenterons d'énumérer les fossettes péritonéales que Jonnesco décrit au niveau de chaque région herniaire, en renvoyant pour leur description au travaux de cet auteur.

Hernies duodénales. — « Nous distinguerons, dit Jonnesco, deux variétés de hernies duodénales. Une première est celle que Treitz décrit le premier : c'est la *hernie de Treitz*. Et une deuxième, dont nous avons trouvé quelques rares cas déjà publiés, mais mal interprétés par les auteurs, et dont nous possédons nous-même deux cas inédits : C'est la hernie que nous appellerons *duodénale droite*. La première, en effet, se développe et siège toujours, surtout dans la moitié gauche de la cavité abdominale : c'est la *hernie duodénale gauche* ou type ordinaire. La deuxième siège dans la moitié droite de cette cavité, et se développe d'une façon spéciale, quoique toujours aux dépens des fossettes duodénales ordinaires ». Les *hernies duodénales gauches* peuvent être *petites*, *moyennes* et *volumineuses* ou *complètes* (Jonnesco). Les premières sont rares, les dernières, pouvant occuper la plus grande partie de la cavité abdominale, sont les plus fréquentes. La *forme*, la *situation* et les *rapports du sac herniaire* varient suivant ses dimensions. Le sac des *petites hernies* s'étend entre le pancréas en haut, l'extrémité inférieure du rein gauche en bas, la colonne vertébrale et l'aorte abdominable en dedans, enfin atteint rarement le bord externe du rein gauche en dehors. Dans ces cas, les côlons, transverse et descendant, quoique assez voisins du sac herniaire, ne sont nullement en rapport immédiat avec lui ; ils occupent leur situation ordinaire. Ce qui caractérise la *hernie* de *moyenne* dimension, c'est le rapport, de plus en plus intime, que son sac contracte avec une des portions du segment gauche du côlon (moitié gauche du côlon transverse, côlon descendant et côlon pelvien), mais la hernie occupe toujours exclusivement la moitié gauche de la cavité abdominale. Dans la *hernie complète*, le sac se trouve au milieu de la cavité abdominale et remplit complètement l'espace limité par les côlons. Les rapports que le sac herniaire affecte avec les côlons sont d'une importance capitale. Le cas type, nous dit Jonnesco, est celui dans lequel les côlons forment une couronne encadrant le sac. Dans d'autres cas, les côlons peuvent occuper des positions des plus variables. Ne pouvant pas les décrire, nous nous contenterons de dire que : dans la hernie duodénale gauche, même très volumineuse, tandis que les segments gauches du côlon affectent des rapports très intimes avec le sac auquel ils sont accolés, le cæcum, le côlon ascendant, et même la moitié droite du transverse n'ont que des rapports médiats avec ce dernier. Ces différences dans les rapports du sac et du côlon tiennent à ce que toute hernie duodénale gauche se développe toujours dans l'épaisseur du mesos du

© ANM

segment gauche du côlon qu'elle dédouble, et jamais dans le mésocôlon ascendant, par exemple. De plus, même pour le segment gauche du côlon, ses rapports avec le sac herniaire sont très variables. Cette variabilité est due à deux causes (Jonnesco) : « I. — Au *degré de laxité* du *tissu cellulaire rétro-péritonéal* et de celui de la *racine des mésentères* et qui unit les deux feuillets séreux qui les forment ; II. — Au degré *d'extensibilité* des différents *feuillets séreux* au-dessus et au dépens desquels les sacs herniaires doivent se développer. En un mot, la hernie se développe du côté du *lieu de moindre résistance.* » L'orifice du collet herniaire, situé toujours dans la région de la colonne lombaire, au-dessous du pancréas, occupe, tantôt la paroi antérieure du sac (H. petites) et regarde en avant ou à droite ; tantôt la partie droite de la paroi postérieure, près du cæcum (H. volumineuses). En moyenne de 6 cent. de long sur 4 de large, la lumière de l'orifice est occupée par un, deux ou même trois tubes intestinaux, accolés et pouvant se comprimer réciproquement. La TEXTURE du sac et de l'orifice herniaires, consiste dans une poche séreuse formée d'un seul feuillet mais à la paroi antérieure de laquelle s'accole le péritoine pariétal. Cette lame externe surajoutée se continue avec le sac proprement dit, en se réfléchissant autour des vaisseaux qui cheminent dans le bord libre de l'orifice herniaire. Ce dernier est constitué, dans la partie de son pourtour qui adhère à la paroi abdominale postérieure, par le mésentère de l'intestin grêle qui pénètre dans la hernie.

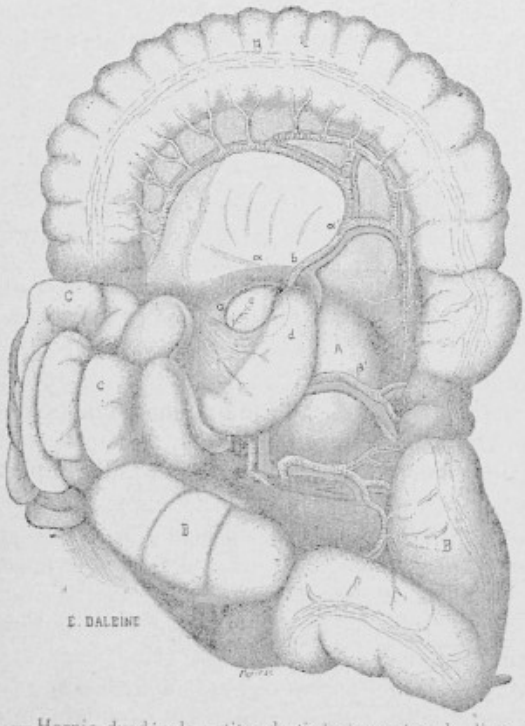


Fig. 21. — Hernie duodénale petite, destinée à montrer la disposition des vaisseaux dans l'épaisseur du sac et de son orifice (Gruber). — A, hernie interne mésogastrique (duodénale gauche). — B, couronne du côlon. — C, intestin grêle rejeté sur la droite ; *a*, orifice du sac herniaire ; *b*, arc vasculaire autour de cet orifice ; *c*, angle duodéno-jéjunal et racine droite (supérieure) de l'anse jéjunale contenue dans la hernie ; *d*, racine gauche (inférieure) de cette anse ; α, veine mésentérique inférieure ; β, artère colique gauche supérieure ; α', rameau anastomatique supérieur ; β', artère colique gauche moyenne.

De structure variable, souvent infiltrés de graisse, le sac et son orifice présentent des *rapports vasculaires* d'une grande importance clinique : Le bord libre de l'orifice est longé par un arc vasculaire formé par l'artère colique gauche, branche de la mésentérique inférieure, et par la veine mésentérique inférieure. Dans la paroi antérieure du sac, entre les deux lames séreuses, cheminent aussi des branches vasculaires. La *congestion passive des viscères abdominaux* (rate, rein) et des veines rectales, véritables hémorrhoïdes, trouvent leur explication dans les rapports intimes de la hernie avec le système veineux abdominal. La *hernie duodénale droite* diffère de la précédente : *a*) par sa situation dans la moitié droite de la cavité abdominale ; *b*) par son évolution dans l'épaisseur des mésos du segment droit du côlon (mésocæcum, mésocôlon ascendant, etc.) ; d'où rapport immédiat du sac avec ces côlons et médiat avec les segments gauches du côlon ; *c*) par la présence, dans le bord libre de l'orifice herniaire qui regarde à gauche, de l'artère mésentérique supérieure ; *d*) enfin par la torsion de l'intestin grêle sur son axe au moment où il sort du sac herniaire. Dans les deux variétés de hernies duodénales, le *contenu* est formé de l'intestin grêle accompagné de son mésentère : tantôt une petite anse du jéjunum, tantôt la totalité de l'intestin grêle.

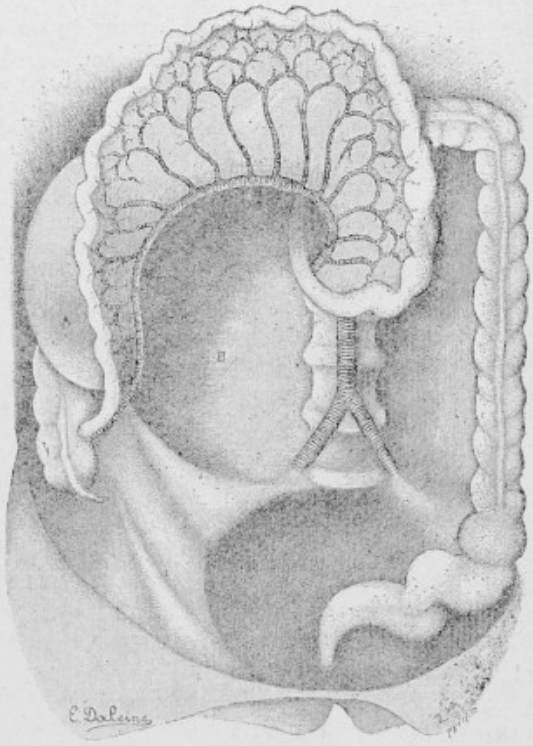


Fig. 22. — Hernie duodénale droite déplacée, l'intestin retiré du sac pour montrer l'orifice bordé par l'artère mésentérique supérieure (Gérard-Marchand).

Physiologie pathologique.—Très discutés, le lieu et le mode de formation de la hernie *duodénale gauche* a donné lieu à plusieurs théories qu'on peut réduire à trois. Pour Treitz, la hernie est acquise ; elle se développe *toujours* dans la fossette duodéno-jéjunale. Pour Grüber et Landzert, dans quelques cas (Grüber) ou presque toujours (Landzert), l'intestin s'engage, non pas dans la fossette duodéno-jéjunale de Treitz, mais dans une dépression du péritoine, circonscrite en dedans

© ANM

par l'aorte, en dehors par l'arc vasculaire de Treitz (artère colique gauche et veine mésentérique inférieure), et indépendante de la fossette. Enfin, cette hernie serait congénitale. Pour M. Jonnesco, qui nie l'existence de cette dépression, la hernie se développe dans une des fossettes duodénales (1), et suivant la fossette qui en est le siège, son évolution sera différente : « La hernie se fait-elle dans notre fossette *duodénale inférieure vasculaire*, nous aurons le type de Treitz, elle évoluera surtout vers les mésocôlons descendant et pelvien. La hernie se fait-elle dans notre fossette *duodénale supérieure* ou dans la *duodéno-jéjunale* ou *mésocolique*, elle évoluera surtout entre les deux lames du mésocôlon transverse, son sac sera formé et recouvert par les deux lames de ce mésocôlon ». Quant à la hernie *duodénale droite*, elle se forme, d'après Jonnesco, dans la fossette *duodénale inférieure non vasculaire*, son évolution spéciale explique : l'existence de l'artère mésentérique supérieure dans le bord libre de l'orifice herniaire ; son développement vers la moitié droite de la cavité abdominale ; et enfin la torsion de l'intestin sortant du sac. Contrairement à Landzert, les deux variétés de hernies duodénales sont susceptibles de s'étrangler (Jonnesco).

Dans un prochain Bulletin nous exposerons ce qui a trait aux hernies péri-cæcales, inter-sigmoïdes, etc., le diagnostic et le traitement.

X[e] Congrès international de médecine : session de Berlin

(4-10 *Août* 1890).

Nos lecteurs trouveront plus loin les comptes rendus, incomplets d'ailleurs, des séances des sections de médecine infantile, de neurologie et de psychiatrie, d'ophtalmologie et diverses communications du ressort des sections de chirurgie, de médecine interne, etc. 700 à 750 travaux ont été communiqués au Congrès. Les analyser tous serait très difficile, aussi nous bornerons-nous pour beaucoup à une simple mention. On trouvera aussi plus loin deux longues lettres de notre secrétaire de rédaction : ces lettres donneront le récit des principaux événements qui ont eu lieu la semaine passée à Berlin.

---

(1) Voir pour la description de ces fossettes : *Progrès médical*, 1889, et les deux mémoires de M. Jonnesco déjà cités.

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon. — Du 30 juillet. — M. Bernard (P.-A.-J.), docteur en médecine, est institué, pour deux ans, à partir du 1[er] novembre 1890, chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, en remplacement de M. Désir de Fortunet, démissionnaire. — M. Royet (H.-M.-F.-C.), docteur en médecine, est institué, pour deux ans, à partir du 16 novembre 1890, chef de clinique des maladies mentales à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, en remplacement de M. Belons, dont le temps d'exercice est expiré. — M. Audry (Ch.), docteur en médecine, est institué, pour deux ans, à partir du 16 novembre 1890, chef de clinique chirurgicale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, en remplacement de M. Vallas, dont le temps d'exercice est expiré. — M. Paliard, docteur en médecine, est institué, pour deux ans, à partir du 16 novembre 1890, chef de clinique médicale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, en remplacement de M. Mousset, dont le temps d'exercice est expiré.

SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS ANNUEL DE MÉDECINE MENTALE

SESSION DE ROUEN

Séance du 6 août (soir).

M. le Dr Garnier, de l'asile de Dijon, lit un travail où établit les avantages et les inconvénients du système actuel des retraites départementales pour les fonctionnaires des asiles. Il montre ensuite qu'avec les dispositions édictées par l'article 45 du projet de loi sénatorial sur les aliénés, ce que le corps médical pourrait gagner en sécurité relative, le serait au détriment de la quotité du chiffre moyen des retraites diminué en moyenne de 825 fr., sans parler des droits des veuves réduits au tiers au lieu de la moitié. Pour remédier dans une certaine mesure à ces inconvénients qui ont le caractère d'une spoliation, tout en ménageant les intérêts du Trésor, il propose le remaniement du chiffre des classes actuelles et notamment la création d'une classe exceptionnelle à 9.000 fr., et formule un vœu dans ce sens, sur lequel l'assemblée est appelée à voter. L'examen de ce vœu et son adoption éventuelle sont renvoyés à la séance suivante.

1[re] *Séance du 8 août* 1890. — Présidence de M. Ball.

Il est décidé que le Congrès de 1891 aura lieu à Lyon. De plus, les médecins belges et suisses, de langue française, sont admis à faire partie du Congrès qui est transformé ainsi de Congrès national en *Congrès des aliénistes de langue française*.

La proposition de M. Sollier, de s'adjoindre les neurologistes et de faire un Congrès de psychiatrie et de neurologie, n'est pas adoptée. Les membres du bureau actuel formeront une Commission permanente, chargée d'organiser, avec le concours des médecins aliénistes de Lyon, le prochain Congrès.

M. Cullerre lit une *note sur la paralysie générale conjugale*. — Il a observé trois femmes atteintes de paralysie générale dont les maris étaient également paralytiques généraux pour deux d'entre elles, et tabétique pour la dernière. La syphilis n'était rien moins que douteuse chez les deux premières. Quant à la troisième, elle était certainement syphilitique, mais il n'est pas sûr que son mari le fût. Aussi l'hypothèse de Mendel et des Allemands, que c'est toujours la syphilis qui détermine la paralysie générale conjugale, lui paraît loin d'être satisfaisante, quoique plausible dans certains cas. Elle n'explique pas pourquoi la syphilis détermine chez les deux conjoints la même manifestation pathologique.

M. Dubuisson lit un mémoire sur la *Folie traumatique*. — L'amnésie accompagne presque toujours le début de la démence consécutive au ramollissement cérébral et de la paralysie générale, et elle est ordinairement limitée à une période variable et s'étend à tous les faits de cette période. La paralysie générale et la manie consécutives à des traumatismes sont des formes congestives d'aliénation mentale. Il est important, au point de vue médico-légal, dans les questions d'indemnité, d'établir les rapports entre le traumatisme et la folie. M. Dubuisson pense que le traumatisme peut provoquer toutes les formes d'aliénation, mais principalement la paralysie générale et la manie. Il faut intervenir rapidement, car la marche et la gravité de l'affection mentale ne sont pas toujours en rapport avec l'importance apparente des lésions traumatiques.

M. Dubuisson présente les pièces d'un cas de porencéphalie. Presque tout l'hémisphère gauche est remplacé par un porus énorme dont le fond est formé par le ventricule latéral et les corps opto-striés. Le cerveau pesait 675 grammes seulement et l'atrophie portait également sur l'hémisphère droit. M. Dubuisson pense que la perte de substance est dûe à un trouble vasculaire ayant déterminé une lésion destructive.

M. Sollier fait observer qu'il y a lieu de distinguer entre la porencéphalie vraie et la pseudo-porencéphalie qui, au point de vue anatomique et pathogénique, sont bien différentes. La vraie porencéphalie est congénitale, le porus communique généralement avec le ventricule latéral, les circonvolutions déformées et atrophiées forment les parois de l'infundibulum.

© ANM

Les méninges ne sont pas lésées et ne contribuent pas à la formation d'un kyste. La pseudo-porencéphalie au contraire est acquise ; les circonvolutions sont détruites d'une façon irrégulière, taillées à pic ; la dépression est occupée par une poche kystique plus ou moins considérable. Les circonvolutions respectées occupent leur siège normal et leur volume à peu près normal aussi, ce qui n'est pas dans la porencéphalie vraie où les circonvolutions avoisinant le porus sont atrophiées et ne correspondent plus aux circonvolutions du cerveau normal. Quant à la pathogénie, la lésion paraît due à un arrêt de développement pour la vraie porencéphalie, tandis qu'elle est due à un processus destructif dans la pseudo-porencéphalie.

M. DENY (de Paris) relate, au nom de M. Michel Dansac et au sien, une observation de pseudo-porencéphalie avec hémiplégie spasmodique infantile du côté droit qui présente plusieurs particularités anatomiques et cliniques intéressantes. L'hémisphère gauche du cerveau de ce malade était notablement atrophié ; il pesait 200 gr. de moins que le droit. A la face externe de cet hémisphère, il existait une vaste poche kystique au niveau de laquelle les circonvolutions étaient complètement détruites avec des bords taillés à pic. La paroi interne du kyste était constituée par les méninges épaissies et adhérentes. Un liquide louche et semi-consistant remplissait le kyste. Les circonvolutions auxquelles le kyste s'était substitué correspondaient exactement au territoire irrigué par l'artère sylvienne gauche. Il y a donc lieu de supposer que c'est à un trouble respiratoire qu'il faut rapporter le processus destructif du cerveau. Ce processus destructif était survenu à l'âge de 11 mois, à la suite de plusieurs accès de convulsions qui furent suivies d'une paralysie avec atrophie du côté droit. Depuis cette époque jusqu'à l'âge de 27 ans, ce malade ne présenta jamais d'attaques d'épilepsie. Dans les derniers mois de sa vie, il survint, sans cause apparente, plusieurs accès d'épilepsie partielle. Au commencement de 1890, le malade mourut de phtisie pulmonaire. Au point de vue intellectuel, c'était un débile, mais il avait conservé l'usage de la parole et des sens.

M. BAYOL (de Rouen) lit un *travail sur la folie dans les prisons*, d'où il résulte qu'il existe toute une catégorie plus ou moins considérable d'individus qui doivent être classés entre les fous proprement dits et les sains d'esprit. Ces individus qu'on pourrait désigner sous le nom de *minus habentes* qui ne présume rien, devraient être, de la part de l'administration des prisons, l'objet de mesures spéciales en raison de leur situation morale particulière en s'inspirant de certaines règles de la médecine mentale pour la conduite disciplinaire et la réforme des établissements pénitentiaires. Il conseille particulièrement un examen plus rigoureux à l'entrée des détenus, et une plus longue période d'observation. Chaque fois que des troubles psychiques sont constatés, on doit prescrire un régime spécial, curatif pour les curables, palliatif pour les incurables.

M. BOUCHER (de Rouen) lit une note sur un cas de *trépanation tardive dans un cas d'épilepsie Jacksonnienne*. Il s'agit, dans cette observation, d'un malade âgé de 31 ans, entré en 1889 à l'hospice général de Rouen pour des attaques d'épilepsie partielle, remontant à 15 ans et survenues à la suite d'un enfoncement du pariétal gauche. Opéré par M. F. Hue, chirurgien des hôpitaux, avec toutes les précautions voulues, le 19 juillet 1888, cet individu était complètement rétabli au bout de quelques jours, sans avoir présenté aucune élévation de température. Les crises qui avaient lieu douze fois par mois en moyenne diminuèrent de moitié en 1889 et elles paraissent encore devoir s'effacer davantage en 1890. L'auteur conclut à l'appui de ce cas que la trépanation doit être tentée même lorsque le traumatisme qui a déterminé les accidents épileptiformes remonte à une époque éloignée, toutefois l'on ne doit pas s'attendre à des résultats aussi brillants lorsque l'intervention chirurgicale suit immédiatement le traumatisme.

M. BOUCHER communique l'observation d'une *forme spéciale d'obsession chez un héréditaire*. Mme X..., âgée de 30 ans, mère de deux enfants bien portants, héréditaire du côté maternel, est tourmentée par une facilité extrême à rougir, surtout lorsqu'on parle devant elle d'actes indélicats ou lorsqu'elle se rouve en présence de certains hommes de sa position, amis de son mari, dont on pourrait la soupçonner d'être la maîtresse. Le sentiment qu'elle va rougir est pour elle une obsession permanente qui augmente particulièrement à cette époque où elle est enceinte. Elle maigrit d'une façon notable et a tenté de se suicider pour échapper à cette idée fixe. M. Boucher rapproche cet état particulier des différentes tares observées chez les héréditaires, telles que l'agoraphobie, la claustrophobie, la dipsomanie et ces états que M. Magnan a mis en relief d'une façon spéciale.

2e *Séance du 8 août* 1890. — PRÉSIDENCE DE M. MORDRET.

M. DOUTREBENTE (de Blois) rapporte plusieurs observations de paralysies générales améliorées ou guéries par le traitement spécifique. Dans toutes, il s'agissait d'anciens syphilitiques. Il pense que, dans tous les cas où il est impossible de faire le diagnostic différentiel entre la paralysie générale vraie et la pseudo-paralysie générale due à la syphilis, il y a grand avantage à faire usage du traitement spécifique qui, dans un grand nombre de cas, amène des rémissions ou la guérison.

M. SAURY regarde les malades de M. Doutrebente comme des syphilitiques cérébraux et non comme des paralytiques généraux vrais, pour le diagnostic certain desquels il faut la démence et les troubles caractéristiques de la parole, alors même que le délire paraîtrait celui de la paralysie générale vraie.

M. COSTE DE LAGRAVE (de Rouen) communique un mémoire sur l'*auto-suggestion cause d'hystérie*, dont voici les principales conclusions. L'auto-suggestion voulue ou involontaire produit des accidents analogues. Un accident produit par une auto-suggestion spéciale peut se généraliser et accompagner tout travail d'auto-suggestion. Les accidents ainsi produits peuvent disparaître par une auto-suggestion appropriée inverse. S'ils ne sont pas combattus ils se développent comme intensité et comme durée.

M. FAUCHER (de la Nièvre) envoie une proposition, par lettre, sur la *retraite des médecins d'asile*.

Le Congrès émet les vœux suivants : 1° Que l'assistance aux épileptiques, idiots et crétins soit développée ; — 2° Que le recrutement des internes des asiles soit prévu et assuré par la loi ; — 3° Qu'il ne soit pas créé pour chaque asile un poste de médecin-inspecteur avec les attributions prévues par le projet de loi ; — 4° Que les écritures des bureaux ne soient pas multipliées sans nécessité ; — 5° Que le prix de journée des aliénés indigents ne soit pas fixé, d'une manière souveraine et sans appel, par le Conseil général ; — 6° Qu'il y ait un concours unique, siégeant à Paris, pour tous les médecins adjoints des asiles de France ; — 7° Que le transport des aliénés ne soit pas fait comme celui des prisonniers ; — 8° Que les asiles soient bâtis au milieu d'un domaine cultural assez vaste pour occuper tous les aliénés susceptibles de travail maraîcher ou agricole ; — 9° Que l'enseignement de la médecine mentale soit facilité aux étudiants, en rendant les asiles plus accessibles qu'ils ne sont.

Paul SOLLIER.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

Session de Berlin.

1re SECTION : ANATOMIE.

Séance du mercredi 6 août.

Anatomie de l'épididyme ; pathogénie des kystes spermatiques. — M. le Pr POIRIER (de Paris) montre un certain nombre de testicules et d'épididymes injectés au mercure et sur lesquels on peut voir un *vas-aberrans* se détachant du *rete testis*, en arrière des derniers vasa efferentia. D'après les recherches de l'auteur, le vas du reté se rencontrerait dans plus de la moitié des cas : il affecte des formes diverses et sa structure est celle des cônes efférents.

Cette notion anatomique nouvelle conduit M. le Dr Poirier à mettre en doute la théorie actuelle sur la pathogénie des kystes spermatiques. Si la théorie par rétention, établie par Dolbeau dès 1856 et adoptée par le professeur Virchow (1863), était vraie, un individu sur deux, au moins, serait porteur d'un kyste spermatique, puisqu'il présente dans le vas du reté la condition nécessaire.

© ANM

Sans nier les kystes par rétention, l'auteur appelle l'attention sur une variété de kystes siégeant entre la tête de l'épididyme et la partie sous-jacente du testicule : il dit et démontre sur de nombreuses pièces que ces kystes, très fréquents, ne communiquent pas dès l'abord avec les vasa efferentia, mais que, par suite de leur développement, ils peuvent repousser, comprimer, un ou plusieurs vasa efferentia, qui viennent, par ce mécanisme, à communiquer avec le kyste.

Relativement à la pathogénie de ces petits kystes inter-testiculo-épididymaires, M. Poirier pense qu'ils sont d'origine séreuse : il montre comment la tête de l'épididyme, d'abord éloignée du testicule chez le nouveau-né, s'en rapproche peu après la naissance et finit par se souder intimement, et sur une large surface, au testicule, enclavant ainsi deux feuillets séreux. C'est au niveau de cette soudure, c'est-à-dire loin du testicule et des vasa efferentia, qu'apparaissent primitivement ces petits kystes séreux qui peuvent devenir ultérieurement des kystes spermatiques.

6e Section : Pédiatrie.

Séance du lundi 4 août 1890 (4 heures du soir).

M. Henoch souhaite la bienvenue aux membres du Congrès.

Président, par acclamation, M. Henoch.

Vice-Présidents : MM. Jacobi (New-York) ; Bouchut (Paris) ; Rauchfuss (St-Pétersbourg).

Secrétaires : MM. Gillet (Paris) ; Meyer et Cassel (Berlin).

Présidents d'honneur : MM. Wiederhofer (Vienne) ; Medin (Stockholm) ; Hirschprung (Copenhague).

M. Henoch a invité les membres à visiter les pavillons d'isolement de la Charité, le mardi 5 août 1890, après la séance.

M. Baginsky a invité à visiter le superbe hôpital de l'empereur et l'impératrice Frédéric, Reinickendorfer strasse, 32, le mercredi 6 août 1890, à 9 h. 1/2. Le dîner de section a eu lieu le mercredi 6 août 1890, à 7 h. du soir, au Norddeutscher Hof, Mohrenstrasse, 20.

Séance du 5 août. — Présidence de M. Jacobi (N.-Y.).

M. le Dr Ashby (Manchester) lit comme rapporteur un mémoire sur l'*antipyrèse chez l'enfant*. Il a étudié séparément les résultats des différents moyens, bains, médicaments. Avec les bains tièdes, froids, on agit surtout par soustraction de calorique, l'indication est l'hyperthermie. Parmi les médicaments essayés, le calomel, l'antipyrine, l'antifébrine peuvent s'employer, mais les résultats ne sont pas constants, ainsi la phénacétine dans la pneumonie et la broncho-pneumonie des enfants.

M. le Dr Porter (Cologne) distingue les inflammations et les infections. L'antipyrèse est-elle toujours un avantage ? Dans la pneumonie de l'enfant, dans la rougeole, dans la fièvre typhoïde, dans les manifestations cérébrales, l'antipyrine, l'antifébrine donnent un résultat favorable, subjectif, un bien-être certain. Il se déclare grand partisan des bains tempérés ; pour les médicaments, il conseille une grande réserve, le cœur est toujours déprimé par ceux-ci comme il l'est déjà par la maladie.

M. le Dr Meynert (Dresde) règle le régime. Pas d'aliments les premiers jours ; il fait boire le plus possible, peu d'hydrothérapie, peu de médicaments.

M. le Dr Henoch. — L'antipyrèse exagérée abat et amène le collapsus, il en cite des cas de fièvre typhoïde, de rougeole ; la température ne dépend pas de la gravité. Les bains à 32° semblent les meilleurs. Dans le collapsus, les bains chauds avec compresses froides sur la tête sont meilleurs. Les dangers doivent ne pas être exagérés, car le cœur de l'enfant est sain. Il est opposé à l'antifébrine, donne l'antipyrine avec un narcotique.

M. le Dr Caillé (New-York). — Dans la diphtérie, la scarlatine, la rougeole, les antipyrétiques chimiques ne conviennent pas, mais les antipyrétiques indirects, par exemple les lotions et la digitale. Dans les infections, pas de médicaments chimiques, il suffit de nettoyer le nez, la bouche et de tenir les cavités antiseptiquement.

M. le Dr Soltmann. — A faibles doses, pas de collapsus avec l'antipyrine. Le bien-être de l'enfant est quelque chose, il ne faut pas l'en priver, la convalescence est plus prompte.

M. le Dr Steffen (Stettin). — Dans quelques cas de diphtérie et de scarlatine, il faut une grande réserve des antipyrétiques, les bains semblent préférables.

M. le Dr Guinon (1) (Paris), au nom de M. Grancher, présente une note sur l'*antisepsie à l'Hôpital des Enfants*. C'est la lutte par les antiseptiques pour remplacer l'isolement dans les cas de diagnostic encore incertain. Le paravent en toile métallique, le panier en laiton passent à l'étuve et le personnel des isolés est à part.

M. le Dr Bouchut faisait déjà le lavage au sublimé et vaporisait sur un fourneau de pétrole du goudron et de l'essence de thym, un pain de camphre était suspendu dans les salles et il avait déjà des résultats satisfaisants. Il croit que la diphtérie se répand par l'air.

M. le Dr Rauchfuss (St-Pétersbourg). — Il y a 20 ans, il a donné un projet. Pour remédier au contage, il faut un système que M. Grancher a bien fait de publier, mais il voudrait isoler la diphtérie grave de la faible, car ce sont deux maladies. Il a aussi le mur mobile, en toile ; tout le monde revêt une blouse, même l'homme de charge. Il ne se lave pas au sublimé, car ce produit fait mal aux mains.

M. H. Gillet (Paris) lit une note sur quelques *digestions pancréatiques artificielles chez l'enfant à l'état de santé ou de maladie*. — Les conditions de fraîcheur des pancréas recueillis ont permis de faire, pour ainsi dire, de la physiologie sur l'homme. Chez deux enfants de 24 jours, morts de débilité congénitale, le suc artificiel était peu actif en général, mais l'amidon ne subissait une transformation en glycose chez l'un qu'imperceptible en 48 heures, chez l'autre ébauchée au bout d'une heure, sensible en 24 heures seulement. Dans un cas de 8 mois 1/2, l'amidon était réduit en 10 minutes. Dans une observation de lientérie, l'albumine n'était pas peptonifiée même au bout de 48 heures, l'amidon non saccharifié en 36 heures. Chez une petite fille de 53 jours morte de diarrhée bilieuse, réduction de l'amidon seulement en 24 heures ; peptonification insignifiante. Des pancréas d'enfants morts de tuberculose, de rougeole suivie de diphtérie peptonifiaient et saccharifiaient. Ces faits vérifient l'absence de digestion de l'amidon dans les premiers mois, constatent la non peptonification des albuminoïdes dans les entérites lientérique et bilieuse, la persistance des propriétés pancréatiques dans des affections générales graves.

M. le Dr Heubner rappelle que c'est Zweifel qui a le premier établi l'absence de digestion de l'amidon dans les premiers mois.

M. le Dr Seibert (New-York) montre son appareil à stériliser le lait.

M. le Dr Auerbach décrit un procédé et une étuve à stérilisation en grand.

M. le Dr Jacobi. — Anévrysmes extra-crâniens chez un enfant. Il note le fait de l'hérédité et montre l'iliaque, la fémorale et le cœur.

Séance du 6 août. — Présidence de M. le Dr Henoch.

M. le Dr Epstein (Prague) fait l'*historique de l'organisation du service des enfants assistés dans les différents pays* et insiste en particulier sur l'état satisfaisant de ce service en France, dont il développe même le côté administratif. Il note l'influence sur la natalité illégitime et parle de la dépopulation en France. Il joint des statistiques sur les différents chapitres de l'organisation qui doit ne pas être théorique, mais, d'après l'expérience et les mœurs, c'est une question universelle.

M. le Dr Gillet (Paris) lit, au nom de M. Sevestre, une note sur l'état actuel du service des Enfants-Assistés en se mettant au point de vue purement médical. Les enfants doivent séjourner le moins possible à l'hospice, on ne doit garder que les débiles et les malades, mais aussi faire subir une quarantaine pour éviter la dissémination des affections contagieuses.

M. le Dr Epstein croit qu'il est bon de recevoir la mère avec l'enfant.

M. le Dr Escherich présente son appareil à stériliser le lait. Il ne faut pas changer la nature du lait, ni faire une trop grosse dépense pour les familles pauvres. Le principe consiste à stériliser le lait par la chaleur, sous pression, dans un récipient qui, au fond, possède un robinet qui ne peut laisser entrer du lait infecté et une prise d'air à travers l'ouate, avec un couvercle à pression ; le tout mis dans une marmite et bouilli 1/2 heure à 3/4 d'heure.

(1) Voir *Bulletin Médical*, 1890, août.

© ANM

M. le Dr Heubner dit que les gens ne savent pas faire même une manœuvre simple, et ne peuvent pas payer même la petite dépense. Il faut faire stériliser par le pharmacien.

M. le Dr Soltmann veut un établissement central de stérilisation.

Séance du 7 août. — Présidence de M. le Dr Henoch.

M le Dr Médine (Stockholm) fait une communication importante sur une *épidémie de paralysie infantile* qu'il a observée à Stockholm, en 1887, pendant les mois de mai à novembre inclusivement. La courbe donne les chiffres suivants : en mai, 2 cas; en juin, 1 cas; en juillet, 2 cas ; en août, 15 cas ; en septembre, 17 cas ; en octobre, 5 cas et en novembre, 2 cas. Parmi les localisations les plus fréquentes, il a compté 27 fois la poliomyélite antérieure aiguë avec parésie des extrémités; pour les autres cas, 3 fois la monoplégie faciale, 2 fois la polynévrite aiguë, 1 fois la parésie du moteur oculaire externe et de l'hypoglosse, 1 fois contractures et ataxie avec parésie faciale, 1 fois avec néphrite aiguë, 1 fois la poliomyélite antérieure aiguë avec parésie faciale, 2 fois de la poliomyélite antérieure aiguë avec parésie du moteur oculaire externe, 1 fois cette même poliomyélite avec la parésie faciale et de l'oculo-moteur commun, 1 fois avec celle de l'oculo-moteur commun et le vague, 1 fois du spinal et de l'hypoglosse, 1 fois avec ophtalmoplégie, 1 fois du facial, du trijumeau, du vague, du spinal et de l'hypoglosse ensemble, 1 fois il a observé la poliencéphalite aiguë avec paralysie du moteur oculaire externe. Les paralysies se produisent pendant la fièvre ; il ne s'en fait pas de nouvelles après ; l'auteur n'avait pas vu avant quelque chose de semblable. Dans la littérature, Beinholz a le premier publié 13 cas. Il a vu ses malades dans la période aiguë. Dans un seul cas il y eut des prodrômes, dans les autres le début a toujours été brusque. La plupart des malades appartenaient à la classe pauvre, mais quelques-uns à des familles aisées. Les symptômes consistaient en fièvre, somnolence jusqu'à l'état typhoïde, douleurs vagues, convulsions. La fièvre vers 39°, irrégulière, existait au début. Il y eut une fois de la rétention d'urine. Dans 2 cas il n'y eut pas de fièvre, dans 8 cas la fièvre dura 8 jours. Dans quelques cas les petits malades présentaient des troubles de la parole. A l'autopsie, on trouve dans les nerfs ou les noyaux des lésions de dégénérescence semblables à celles de la moelle, et lors de phénomènes aigus la congestion et l'œdème des membranes d'enveloppe du cerveau. La paralysie infantile est une infection prouvée par les épidémies ; mais la contagion n'est pas prouvée ; elle apparut 2 fois dans une même famille. Pour le traitement, l'auteur ne peut se prononcer sur l'isolement, comme veut Cordier (de Lyon) ; les médicaments de donnent rien.

M. le Dr Heubner demande si on a fait des recherches bactériologiques, car il n'a pu rien déceler.

M. le Dr Médine répond que lui non plus.

M. le Dr Henoch croit qu'il ne faut pas ranger ces cas dans la paralysie infantile classique. C'est autre chose. Dans la paralysie infantile, le moelle seule est prise.

M. le Dr Soltmann (Breslau) pense à des degrés divers d'infection.

M. Heubner a étudié la *digestion stomacale normale du nourrisson* chez 23 enfants de 9 à 11 mois, il a trouvé 5 fois du suc gastrique sur 12; 10 fois une quantité sensible de suc gastrique 3/4 d'heure après la tétée. Dans 24 cas, l'acide lactique a été recherché, mais il ne sert pas à la digestion. Il a employé pour la recherche de l'HCl la méthode de Hoffmann.

M. Epstein, dans des expériences en cours, a obtenu des résultats analogues. L'HCl se produit très tard chez les nourrissons. Ainsi, chez un enfant de 12 jours, au bout d'une 1/2 heure, il avait 0,186 0,00, 1/2 heure après 0,361 0/00. Chez un enfant atteint de dyspepsie aiguë, il a trouvé qu'une exagération de 0, 273 0/00 1 h. 3/4 après avoir pris le sein.

Séance du 8 août 1890. — Présidence de M. Bouchut.

M. Caillé (New-York) expose les mesures de *prophylaxie contre la diphtérie*. Il insiste sur l'étuvage des linges et objets ayant servi aux malades.

M. Rehn (Francfort) a observé 7 *cas de scorbut avec hémorrhagie sous-péritonéale chez l'enfant*. La marche aiguë de la maladie, les localisations aux membres inférieurs étaient caractéristiques.

M. Meinert expose les recherches générales qu'il a entreprises sur une *épidémie d'ictère dans le royaume de Saxe* et présente deux tableaux représentant l'un l'extension de la maladie dans la ville de Dresde, où les cas sont surtout nombreux sur la rive gauche de l'Elbe. De juillet 1889 à mars 1890, l'ictère épidémique a envahi, outre Dresde, Leipzig, Chemnitz, Löbau, Gorlitz, Zittau. Ce n'est pas par le fleuve que le contage s'est répandu, car ces localités ne sont pas sur l'Elbe ; il suit au contraire la filière de terre.

M. Seibert (N.-Y.) demande si la cause de l'infection ne serait pas plutôt dans l'estomac que dans l'air: l'infection interne et non externe.

M. Meinert ne le pense pas.

M. Gutzmann (Berlin) lit une note sur les *défectuosités de la parole chez les écoliers*.

Séance du 9 août 1890. — Présidence de M. Henoch.

M. Escherich (Gratz) fait une communication sur la tétanie des nourrissons, dont la connaissance remonte à Trousseau : la littérature allemande n'est pas riche, peut-être parce que la maladie n'est pas fréquente. Il a observé une espèce d'épidémie en mars et avril. Dans presque tous les cas on pouvait provoquer la contracture des muscles de la face par la simple percussion. Il y a donc une exagération de la réflectibilité nerveuse, ce qui fait qu'on ne s'étonne pas que l'électricité provoque la contracture. Chez beaucoup il y avait du spasme de la glotte. Beaucoup d'enfants ne montraient aucune trace de rachitisme. La tétanie, le spasme de la glotte sembleraient appartenir à un même ordre de phénomènes et exister simultanément, et peut-être épidémiquement.

M. Soltmann (Breslau) croit à trois formes : idiopathique, réflexe, symptomatique. Dans l'idiopathique le spasme de la glotte peut exister. C'est dans la troisième qu'on trouve le rachitisme. Les contractures se rencontrent aussi dans l'ergotisme.

M. Hénoch croit qu'il y a confusion. Il n'a pas vu d'épidémie. Les réflexes toujours exagérés chez l'enfant amènent des contractures sous l'influence du froid. Il y a des cas d'urémie éclamptique qui font confusion.

M. Citron (Berlin) a vu souvent des cas subits qu'on doit rapporter à l'urémie et pas à autre chose. C'est l'opinion de M. Rauchfuss. — M. Silbermann ne croit pas que la tétanie soit une maladie, malaria, typhus, etc. — M. Jacobi demande pourquoi on a dit épidémie.— M. Escherich répond qu'il n'a pas dit épidémie dans le sens de contagion, mais dans celui de contemporanéité. — M. Tolmatcheff (Kazan) rapporte un cas de gomme de l'intestin avec perforation et montre la photographie de la pièce anatomique. Il expose une nouvelle méthode de respiration artificielle et présente une modification de la couveuse d'Auvard.

L'heure avancée ne permet pas de continuer la lecture des mémoires suivants : MM. A. d'Espine et C. Picot (Genève) : « *Contribution à l'étude de l'anémie pernicieuse chez les enfants* ». Ces auteurs rapportent deux nouveaux cas, dont un suivi d'autopsie. La marche foudroyante, l'absence de cause plausible d'anémie, l'aisance de la famille, sont à remarquer. A l'autopsie pas d'autre lésion que l'hémorrhagie. — M. Boïcesco (Bukharest) remet un mémoire sur l'*érythème noueux* palustre qui se distingue de l'érythème noueux non palustre par les taches proéminentes au milieu, dures, rouges, rondes, localisées surtout aux membres inférieurs. L'éruption est précédée de fièvre ; jamais il n'y a de douleurs articulaires. La quinine les fait disparaître. Pas d'ulcérations. Il existe surtout chez les jeunes filles avant 12 ans. On l'observe en toutes saisons, mais il est particulier aux enfants. — M. Moncorvo (Rio-Janeiro) a envoyé un travail sur les injections hypodermiques chez les enfants.

M. le Pr Henoch clôt les séances en rappelant qu'il a étudié dans les auteurs français Blache, Rilliet, Barthez, Bouchut ; et il remercie les assistants de leur présence à Berlin. H. Gillet.

© ANM

7e Section : Chirurgie.

M. Th. Desnos (de Paris). — *Des indications de la lithotritie.* — Si beaucoup de chirurgiens étrangers préfèrent d'une manière générale la taille à la lithotritie, c'est qu'ils ne se rendent pas compte que cette dernière a bénéficié des progrès de l'antisepsie, autant que les opérations sanglantes. Il faut, pour la pratiquer, observer les mêmes précautions que pour les plus grandes opérations ; on peut se contenter d'une asepsie rigoureuse si la vessie et les reins sont sains ; s'ils suppurent, des antiseptiques et, en particulier, l'emploi de l'*iodoforme* sont nécessaires. Les indications de la lithotritie, ainsi pratiquée, sont des plus étendues ; les contre-indications ne résident ni dans l'urèthre, ni dans la prostate, rarement dans le volume du calcul ; on les rencontre surtout, comme l'a montré M. Guyon, dans la vessie qui, lorsqu'elle est le siège d'une cystite interne, doit être traitée par l'ouverture permanente. Quand il y a une pyélo-néphrite, on peut opérer, si elle n'est pas à l'état aigu, et la lithotritie, qui représente un minimum de traumatisme, est mieux indiquée que la taille.

Discussion sur le traitement chirurgical de la tuberculose laryngée. — Le Dr Luc rapporte un fait de cicatrisation complète d'une ulcération tuberculeuse de la région aryténoïdienne du larynx, obtenue par un curettage énergique, suivi de badigeonnages à l'acide lactique. Le malade ne présentait pas de lésions pulmonaires appréciables, mais le microscope avait révélé la nature tuberculeuse des fragments enlevés du larynx. Ce cas était spécialement favorable en raison de l'intégrité pulmonaire, du bon état général, de l'énergie du malade et de la possibilité dans laquelle il se trouva de quitter complètement ses occupations pour se soumettre à un traitement général approprié, secondé par un repos complet en pleine campagne. Chez un grand nombre d'autres malades atteints de tuberculose laryngée, M. Luc n'obtint que des résultats incomplets, soit à cause de la coïncidence de lésions pulmonaires avancées ou d'un mauvais état général, ou encore d'un manque de persévérance de la part des malades. La conclusion de Luc est que le traitement chirurgical de la tuberculose laryngée, visant à un résultat radical, ne doit pas être appliqué indistinctement à tous les sujets porteurs du tuberculose laryngée, mais *réservé à certains cas particulièrement favorables.* Chez les autres, le traitement ne saurait être que palliatif.

Les végétations adénoïdes du pharynx nasal aux différents âges, par les Drs Luc et Dubief. — Il est couramment admis que les végétations adénoïdes se développent dans la première enfance et tendent à entrer en régression de la 15e à la 20e année. Nos observations ne nous permettent pas d'admettre cette dernière proposition. Ayant eu l'occasion de soumettre à l'examen microscopique des végétations provenant de deux hommes âgés de 25 ans, nous avons pu constater que leur structure était absolument la même que dans la première enfance. Chez un troisième adulte, âgé de 27 ans, les tumeurs étaient si peu en régression qu'elles donnèrent lieu, pour la première fois, à cet âge, à des complications auditives par oblitération tubaire. Ces symptômes tardifs se dissipèrent complètement après l'ablation des néoplasmes. En revanche, l'examen des végétations adénoïdes provenant d'un homme de 54 ans nous a révélé une production abondante de tissu fibreux autour des follicules clos et le long des vaisseaux sanguins. Nos recherches nous portent donc à admettre que la régression des néoplasmes en question est un fait démontré, mais que ce processus, au lieu de survenir chez les jeunes adultes, ne se montre que beaucoup plus tard, dans la seconde moitié de la vie, et est caractérisé anatomiquement par des lésions artério-scléreuses identiques à celles qui tendent à se produire sous l'influence de l'âge dans les tissus normaux.

M. le Pr Bergmann fait une communication sur l'*organisation de la chirurgie antiseptique en cas de guerre.* — Il insiste sur l'importance de la désinfection rigoureuse des mains des chirurgiens et la nécessité d'une éducation sévère et presque routinière du personnel médical pour l'application des pansements antiseptiques. Tous les objets de lingerie ou autres, qui ont été en contact avec le malade, devront être passés à l'eau bouillante ou mis à l'étuve. L'habitation doit être désinfectée. Les visites des parents doivent être aussi rares que possible.

Pathogénie des kystes poplités, par M. P. Poirier (de Paris).— Nous publierons très prochainement, *in extenso*, cette communication, dont la conclusion principale est la suivante : les kystes poplités sont pour la plupart, y compris ceux qui siègent dans les bourses séreuses, d'origine articulaire.

8e Section : Obstétrique et Gynécologie.

M. le Dr Ch. Boisleau (Paris). — *De la myomotomie.* — Etant à la clinique du Dr Martin, à Berlin, j'ai eu l'occasion d'examiner 10 cas de myomes pour lesquels le Dr Martin avait fait l'amputation supra-vaginale de l'utérus suivie de l'ablation du col, soit par le vagin, soit par l'abdomen. Dans ces 10 cas, j'ai ensemencé les morceaux de muqueuse du fond de l'utérus et surtout, et j'insiste sur ce point, des morceaux de la partie du col qui, dans le mode opératoire habituel, serait resté dans la cavité péritonéale (pédicule). 4 fois sur 10, j'ai rencontré des germes dans le fond de l'utérus, une fois, entre autres, en telle quantité que l'on ne pouvait les compter sur les plaques de gélose, surtout à la première dilution ; dans deux cas j'ai rencontré des microbes pathogènes, c'est-à-dire dans lesquels l'inoculation a été suivie de la mort de l'animal (cobayes, souris). Sept fois sur dix, j'ai rencontré des germes dans la partie du col qui, dans le mode opératoire ordinaire (amputation supra-vaginale simple), aurait servi de pédicule et eût été abandonné dans la cavité péritonéale. De la présence de ces germes et surtout des germes pathogènes, je conclus à l'antisepsie la plus rigoureuse dans cette opération et surtout à la cautérisation du pédicule avec le thermo ou galvano-cautère, je conclus également à la nécessité de cautériser la muqueuse utérine de la même façon dans les cas de myomes intra-pariétaux où bien souvent la muqueuse utérine est atteinte et comprise dans la plaie. Ce mode de cautérisation est le plus sûr antiseptique que nous ayons et je crois, avec le professeur Küstau, qu'elle n'est pas si sujette qu'on l'a dit à provoquer des adhérences dans les tissus cicatriciels.

M. Dührssen rapporte *un cas d'incision du col utérin et un cas d'incision de la cloison vaginale*, faites : la première, chez une éclamptique ; la seconde, pour une présentation du bassin. Dans les deux cas, l'enfant a pu être extrait vivant. La plaie, suturée au catgut, a guéri très rapidement.

9e Section : Neurologie et Psychiatrie.

Séance du 4 août.

M. L. Minor (de Moscou) lit une *contribution à l'étude de l'hématomyélie et de la syringomyélie.* Il a réuni cinq cas personnels d'hématomyélie consécutives à des traumatismes. Il a pu suivre la marche de la maladie caractérisée dans la plupart des cas par des phénomènes de parésie avec troubles de la sensibilité à la température, analgésie, amyotrophie, décubitus et cystite. La sensibilité tactile reste indemne, dans un cas même elle se montrait exagérée. Dans deux cas, le traumatisme a été suivi de perte de connaissance : dans l'un d'eux, à la suite d'une blessure de la tête sans fracture ni luxations des vertèbres s'est montrée une paralysie des extrémités, avec atrophie des muscles scapulaires (saillie des omoplates), thermo-anesthésie et analgésie. Dans un autre cas, l'atrophie portait sur le splénius avec tendance à la contracture à droite, hyperesthésie tactile à gauche, analgésie et thermo-anesthésie ; rétention d'urine, décubitus, cystite. Dans un cas où il n'y avait point eu de traumatisme portant sur le rachis, s'est montrée une paralysie des quatre membres avec mêmes troubles de la sensibilité que plus haut et intégrité des sphincters ; sensibilité tactile normale. Pour M. Minor, dans tous ces cas, l'apparition subite des troubles doit faire penser à une hématomyélie ; ils ne peuvent être mis sur le compte d'un gliome central. L'auteur cite à l'appui de son opinion une observation de Kraft-Ebing et des faits anatomo-pathologiques dus à Cruveilhier. M. Minor dit ensuite un mot des rapports probables de l'hématomyélie et de la syringomyélie, celle-ci étant la conséquence de la première. Il lit une observation de fracture du rachis avec paralysie des extrémités ; à l'autopsie, on trouva une hémorrhagie médullaire.

M. Remak répond à M. Minor. Après avoir rappelé les travaux de Brown-Séquard sur les résultats des lésions médullaires, il se demande si, dans un cas au moins des deux cités par M. Minor, on n'avait point affaire à des troubles moteurs et sensitifs de nature hystérique (hémianalgésie, hémithermo-anesthésie). Ces phénomènes rentreraient ainsi dans le cadre de l'hystéro-traumatisme des Français. Il rappelle une obser-

© ANM

vation de M. Grasset et insiste sur ce fait que les troubles trophiques de l'hystérie peuvent rappeler ceux de la syringomyélie.

Séance du 5 août.

M. V. Horsley (de Londres) lit un rapport sur la *chirurgie du système nerveux central*. L'auteur a traité, par la trépanation, quatre malades atteints de céphalalgie ancienne, dont l'une remontait à 15 ans. Dans tous les cas, la guérison a été complète et se maintient depuis plusieurs années. La trépanation a fait cesser ou diminuer le nombre des accès épileptiques chez six malades. Chez un garçon de 10 ans, il y a eu une amélioration très notable des facultés intellectuelles. Les interventions suivies de mort sont l'objet d'une étude spéciale ; elles sont au nombre de 10 et dues au choc ou à des méningites. Les affections qui avaient motivé l'intervention chirurgicale sont des tumeurs cérébrales, des méningites septiques, deux cas d'hydrocéphalie et deux cas d'encéphalocèle. Pour 43 trépanations, le résultat opératoire a été bon. M. Horsley étudie ensuite les résultats de 18 opérations entreprises sur la moelle, avec des résultats variables.

M. Burckhardt (de Préfargier) donne communication d'un travail sur *les excisions d'écorce cérébrale comme contribution au traitement chirurgical des psychoses*. Chez une ancienne mélancolique atteinte de démence excitable, M. Burckhardt n'a pas hésité à faire quatre trépanations et à exciser des portions de l'écorce cérébrale. Chaque opération aurait été suivie d'une amélioration et, en somme, la démence aurait rétrocédé. Dans deux autres cas, l'un de démence aiguë (stupeur mélancolique), l'autre de démence irritable, la trépanation suivie de la résection de lambeaux de la couche corticale aurait produit de bons résultats. L'indication principale de ce mode de traitement est l'existence d'hallucinations de l'ouïe. L'auteur a excisé, chez une persécutée de 40 ans, une portion des circonvolutions temporales gauches. L'opération fut suivie d'une aphasie passagère. Chez un autre halluciné, les troubles sensoriels disparaissent en partie à la suite d'une opération portant sur la première temporale. Cependant, une deuxième opération fut nécessaire : aphasie passagère consécutive. Chez un autre malade, persécuté halluciné, l'opération fit cesser les hallucinations, mais peu après apparurent des convulsions généralisées qui se terminèrent par la mort. L'autopsie montra l'existence d'une hémorrhagie méningée. L'auteur pense pouvoir justifier ses tentatives hardies par la gravité du pronostic de l'affection mentale chez ses malades.

M. Oppenheim cite quelques observations intéressant la *chirurgie du système nerveux central*. — Dans un cas de fracture portant sur la moitié gauche de l'occipital, se montrait une hémianopsie bilatérale droite portant seulement sur ses couleurs. La trépanation fut faite par Bardeleben, sans ouverture de la dure-mère. L'hémianopsie persista pendant que les autres symptômes s'amendaient. Dans un deuxième cas, il s'agissait d'une épilepsie jacksonnienne avec monoplégie brachio-faciale, céphalée, vomissements. L'extirpation d'un gliome de la région rolandique produisit une très notable amélioration (disparition de la paralysie, etc.). Une troisième observation est celle d'un enfant qui, depuis l'âge de cinq ans, a été hémiplégique droite avec athétose. En présence de l'augmentation des accès épileptiques, on fit la trépanation. On se trouva en présence d'une lésion corticale. Consécutivement à l'opération, diminution des accès épileptiques et de l'athétose. M. Oppenheim fait d'ailleurs remarquer, à propos de ce dernier cas, que dans la plupart des paralysies cérébrales infantiles, les lésions sont trop anciennes pour permettre d'espérer toujours un résultat aussi satisfaisant. En somme, dans tous les faits analogues, il faut compter, non point sur une guérison, mais sur une amélioration. Dans la discussion qui suit, diverses observations sont rapportées pour ou contre la trépanation. Dans une observation, l'excision d'une tumeur comprimant la moelle donna de bons résultats. Chez un enfant atteint d'épilepsie jacksonnienne et soumis sans succès au traitement spécifique, la trépanation est pratiquée : le cerveau est reconnu sain, mais on excise une *masse noire*, vraisemblablement de nature hémorrhagique. L'opération est suivie d'hémiplégie et d'aphasie qui disparaissent peu après. La malade semble guérie durant plusieurs mois, à part un légère perte de la sensibilité tactile. Puis de nouveaux accès épileptiformes surviennent : mort. A l'autopsie, symphyse du cerveau et des méninges, kyste hémorrhagique au foyer opératoire, périartérite généralisée ; dilatation considérable du ventricule du côté atteint. L'auteur regarde la mort comme provoquée par l'opération et termine en conseillant l'intervention, s'il s'agit d'une tumeur. S'il y a lésion cérébrale, le pronostic est mauvais.

M. le Pr Erb (de Heidelberg) fait des réserves sur le rôle de la chirurgie cérébrale. Il montre le danger des opérations dites d'exploration, qu'il s'agisse de la moelle ou du cerveau. Le résultat d'opérations hâtives et sans diagnostic certain ne peut être que fatal. Il est souvent impossible d'avoir un diagnostic précis d'une façon immédiate (thrombose, embolie, etc.).

M. Mies (de Paris) présente un *instrument pour la ponction du crâne et du cerveau*.

Séance du 6 août.

M. le Dr Thyssen (de Paris) lit une note sur l'*astasie-abasie*. Le début peut en être lent et progressif. Elle s'observe à tous les âges, aussi bien chez des enfants que chez des sujets âgés. L'hérédité nerveuse est fréquente. On peut proposer la division : Astasie-abasie : 1° par accès (Ladame). 2° continue *a*) paraplégique, *b*) ataxique, trépidante, choréiforme, saltatoire (Brissaud). L'auteur critique l'opinion de Biswanger qui a cru devoir distraire de l'astasie-abasie les cas compliqués de stigmates hystériques. En outre, l'auteur défend l'opinion de MM. Charcot et Blocq contre celle de Biswanger sur la nature de la maladie. Les Français pensent que l'abasie est un trouble de la fonction de la marche. Biswanger y voit une obsession anxieuse, comparable à l'agoraphobie. Cette hypothèse est peu vraisemblable, puisque l'abasie se crée inconsciemment, sans angoisse ni spéculations psychiques.

Séance du 8 août.

M. Mendel lit un rapport sur l'*anatomie pathologique de la démence paralytique*. Il fait l'histoire des progrès de cette dernière étude. Il examine successivement les lésions des vaisseaux, des capillaires, de la névroglie ; il montre que la sclérose de ce tissu n'est point spécifique, pas plus que l'augmentation des noyaux et des cellules araignées ; ces lésions peuvent en effet se rencontrer dans toute encéphalite et dans la syphilis. Par quels éléments débute la maladie ? Certains ont incriminé les tubes nerveux, les cellules ; d'autres, les vaisseaux et l'inflammation de le névroglie. Des autopsies, faites au début de la paralysie générale, ont montré (Friedmann et Mendel) qu'au début de l'affection il pouvait y avoir uniquement des lésions vasculaires sans atteinte du tissu nerveux proprement dit. M. Mendel voit une confirmation de sa théorie dans le fait de l'apparition d'attaques apoplectiformes ou épileptiformes, avant qu'aucun symptôme intellectuel se soit révélé ; or ces faits sont sous la dépendance des lésions vasculaires. Il conclut en disant que les vaisseaux sont lésés les premiers, que les produits *extravasés* agissent comme des corps étrangers sur la névroglie qui s'enflamme. La paralysie générale est donc vraisemblablement une inflammation chronique de la névroglie avec une atrophie consécutive des éléments nerveux. M. Mendel présente ensuite un *chien* chez lequel il a pu produire un état pathologique simulant la paralysie générale, en le soumettant à une rotation énergique produisant, grâce à la force centrifuge, une hyperhémie intense du cerveau. L'animal est immobile, apathique : parésie musculaire généralisée ; il garde passivement les positions qu'on lui fait prendre ; la vue est affaiblie. L'auteur fait remarquer que ces expériences doivent être faites sur des chiens adultes.

M. Dagonet (J.) (Paris). — Adler (*Arch. f. Psych.*, Bd. V, p. 349) a observé, chez les paralytiques généraux, des boules homogènes, colloïdes, brillantes, isolées ou en amas, dans la pie-mère et dans les vaisseaux cérébraux. On peut, dit-il, les prendre pour des Œlkugeln, mais leurs propriétés les en distinguent ; l'éther et la potasse ne les modifient pas et ces caractères permettent de les classer dans les produits colloïdes. Obersteiner (*Med. Jahrbücher*, 1877, p. 271) a vu ces mêmes

© ANM

globules brillants chez deux paralytiques et dans d'autres cas (puerpéralité, mort violente), il ajoute que Wedl les décrit dans les organes en voie d'atrophie et Meynert dans les cornes d'Ammon atrophiées des épileptiques, comme dans la paralysie générale, où ils sont dus à la stase sanguine. Ces globules hyalins, dont l'origine et la signification sont peu connues, sont très résistants aux réactifs et ils présentent peu d'affinité pour les matières colorantes. Cependant, j'ai vu que la méthode de Weigert les colorait en noir intense et le dahlia en bleu. On les trouve presque constamment dans la paralysie générale, quoiqu'ils ne soient pas un élément caractéristique de cette affection. Ils siègent dans les gaines lymphatiques des vaisseaux, dans la pie-mère ; je les ai vus aussi dans les granulations épendymaires. Ils sont agglutinés en forme de rosace ou constituent des masses volumineuses : d'autres fois, ils sont échelonnés le long des vaisseaux. Leur diamètre est en moyenne de 2 à 7 μ, mais à côté de petits globules on en voit de très volumineux de 14 à 18 μ. Je me permets d'insister sur ces faits, parce que le Pr Mendel n'en parle pas dans son importante monographie (*Progressive Paralyse der Irren*, Berlin, 1880) et que je pense pouvoir expliquer par eux les masses jaunes décrites par le Pr Mendel et la dilatation variqueuse des capillaires contenant ces masses jaunes sphériques et admise par lui. La *Fig.* 5 de la planche II représente un capillaire dont la lumière est oblitérée en différents points de son trajet par ces masses sphériques. Or, dans plusieurs de mes préparations, les globules hyalins sur lesquels je viens d'insister étaient isolés et appliqués contre le capillaire, dont la lumière disparaissait. Le capillaire avait la forme en chapelet dont parle le Pr Mendel, et j'avais une image en tout point analogue à la *Fig.* 5 de la planche II. Je pense donc que les masses sphériques du Pr Mendel sont en dehors des capillaires, que ce sont des globules hyalins et que la description de la dilatation variqueuse des capillaires doit être modifiée dans ce sens. Je m'appuierai aussi sur l'opinion du Pr Fischl (*Zeitschr. für Heilkunde*, 1888) : dans son étude critique, il déclare ne pas savoir ce que peuvent être les mesures décrites par le Pr Mendel dans les capillaires.

M. Mierzejewsky signale quelques omissions faites par M. Mendel dans l'*histoire anatomo-pathologique de la paralysie générale*, tels sont les kystes des méninges, qui jouent un rôle important en produisant des accès apoplectiques et épileptiques, et en gênant la circulation du liquide cérébro-spinal ; les lésions de l'épendyme qui amènent parfois la diminution de calibre et même l'oblitération de l'aqueduc de Sylvius. Il rappelle les travaux de M. Magnan qui, il y a longtemps déjà, a décrit l'encéphalite chronique interstitielle diffuse comme la lésion la plus importante de la paralysie générale. M. Mierzejewsky rappelle enfin ses propres travaux (1875) sur les lésions des vaisseaux, de la névroglie, décrites comme lésions primaires, tandis que les altérations des éléments nerveux ne viennent que postérieurement. Il signale l'extravasation des globules blancs dans l'espace sous-arachnoïdien, etc. L'augmentation des noyaux n'est pas due à autre chose qu'à la migration de ces globules ; on ne les trouve, en effet, qu'aux abords des vaisseaux. Les cellules araignées sont des cellules normales hypertrophiées. Les lésions cellulaires sont secondaires et dues à la compression des éléments par la sclérose diffuse. Le processus peut débuter par une épendymite ou une péri-encéphalite. M. Mierzejewsky critique la technique employée dans le laboratoire de M. Mendel.

M. Kraepelin (de Dorpat) fait une communication sur *l'alcool et le thé et leur influence sur les processus psycho-physiologiques*.

M. Ladame (de Genève) lit un travail sur la *folie du doute et le délire du toucher*. Après un historique très complet, dans le cours duquel l'orateur cite entre autres noms ceux d'Esquirol, de Parchappe, de Delasiauve, de Magnan, de Krafft-Ebing, de Falret, de Griesinger, de Legrand du Saulle, de Westphall. La plupart de ces auteurs tiennent pour la plupart grand compte de l'hérédité, mais c'est à M. Magnan qu'on doit d'avoir rattaché ces obsessions d'une façon très étroite à la dégénérescence mentale, en les réunissant aux phénomènes du même ordre, sous le nom de syndromes épisodiques de la folie des héréditaires dégénérés. Il faut séparer la folie du doute et le délire du toucher, au lieu d'en faire les phases successives d'une même espèce morbide. M. Ladame donne deux observations : l'une d'un dégénéré, onaniste, avec délire du toucher sans doute, l'autre d'une héréditaire atteinte de doute. La durée de la maladie peut être longue. L'électrisation, la suggestion ont donné des résultats encourageants. M. Ladame considère ces états comme des maladies distinctes.

M. Magnan déclare s'associer pleinement à la description de M. Ladame, mais il pense qu'il ne faut point considérer ces syndromes comme une espèce pathologique distincte. Pas plus que les obsessions et les impulsions, suicides, homicides, au vol, à la recherche du mot, à l'incendie, etc., la crainte du toucher et le doute ne peuvent être considérés comme une maladie spéciale. Il ne faut pas multiplier inutilement les espèces pathologiques ; ce sont des syndromes épisodiques, de véritables *stigmates psychiques* que l'on doit sans doute étudier dans tout leur détail, mais sans oublier que ce ne sont que des rameaux d'un même tronc, la dégénérescence mentale. Du reste, fréquemment ils se succèdent, se remplacent les uns les autres, peuvent disparaître, mais, ce qui ne change pas, c'est le fonds, l'état intellectuel sur lequel ils reposent, la déséquilibration mentale.

M. le Dr Paul Sérieux (de Paris). — *Du délire chronique à évolution systématique*. — Il est parmi les diverses psychoses systématisées une espèce clinique qui, par sa nature, son début, son évolution et sa terminaison, doit être séparée des délires systématisés des dégénérés : M. Magnan lui a donné le nom de délire chronique à évolution systématique. Cette psychose frappe à l'âge adulte des sujets non dégénérés, sans tares héréditaires, sans passé psychopathique. Elle parcourt dans son évolution méthodique quatre étapes qui sont : 1° période d'incubation ; 2° période de persécution ; 3° période ambitieuse ; 4° période de démence. Les éléments symptomatiques principaux sont, pour la première étape, des illusions et des interprétations délirantes ; pour la deuxième, un délire systématisé de persécution avec des hallucinations de l'ouïe (ce sont les plus importantes), de l'odorat, du goût, des troubles des sensibilités générale et génitale et des hallucinations psychiques ou psycho-motrices. La troisième étape est caractérisée par un délire ambitieux systématisé, avec hallucinations multiples, mais diffèrent par leur nature agréable de celles de la troisième période ; la quatrième, par une déchéance intellectuelle progressive. Mais ce qui caractérise avant tout cette psychose, c'est son évolution, c'est la transformation du délire, le persécuté devenant ambitieux. La marche de la maladie est progressive, sa durée longue, son pronostic fatal. Persécutés, mégalomanes, démonopathes, théomanes, ne sont que des étiquettes purement symptomatiques ; parmi ces diverses formes, il en est qui, loin d'être des entités morbides, ne sont que les étapes successives d'une même maladie : le délire chronique. Facile à distinguer du délire hypocondriaque, des états mélancoliques et des délires hallucinatoires aigus, le délire chronique doit être nettement séparé des diverses psychoses propres aux dégénérés : *a*). Psychose des persécutés-persécuteurs. Dans cette forme, il n'y a ni évolution, ni hallucinations. — *b*). Délire de persécution systématisé hallucinatoire, souvent polymorphe, de courte ou quelquefois de longue durée, sans tendance évolutive. — *c*). Délire de persécution systématisé non hallucinatoire, à base d'interprétations délirantes. — *d*). Mégalomanie avec ou sans hallucinations.

M. Kaufmann (de Görlitz) lit une *proposition de projet international pour le traitement rationnel de la dipsomanie*.

M. Bérillon (de Paris) traite des *indications formelles de la suggestion hypnotique en psychiâtrie et en neuropathologie*.— Ses observations ont porté sur 360 malades; 155 étaient des hystériques. La suggestion hypnotique est nettement indiquée : 1° contre les attaques et les symptômes qui peuvent persister après elles ; 2° dans l'hystérie monosymptomatique ; 3° dans les manifestations de l'hystérie vulgaire ; 4° contre les troubles mentaux de nature hystérique. Les résultats ont été moins bons dans la chorée, la paralysie agitante. 4 épileptiques sur 20 ont été guéris. Le somnambulisme nocturne ne résiste pas à la suggestion. L'hypnotisme dans les affections organiques du système nerveux a donné de bons résultats. Il en

© ANM

est de même pour la neurasthénie. La mélancolie anxieuse, la sitiophobie, la morphinomanie, la dipsomanie, les obsessions, les impulsions, les délires partiels seraient également améliorés, voire même guéris par la suggestion. Enfin, les maladies nerveuses des enfants, les instincts pervers, les terreurs nocturnes, sont autant d'affections dont triomphe la suggestion.

M. MIERZEJEWSKY répond à M. Bérillon qu'il n'est point convaincu par les exemples cités plus haut. Un cas de guérison de syringomyélie donné par M. Bérillon doit revenir à l'hystérie — pour la chorée, M. Bérillon nous dit lui-même que les pratiques de suggestion doivent être continuées assez longtemps, or, l'on sait que la durée de l'affection est habituellement assez courte, — Pour ce qui est de l'épilepsie, on sait également que chaque remède, chaque opération, chaque traumatisme, chaque choc moral peut faire cesser pour un temps les accès. Quant aux maladies mentales, le savant professeur de psychiatrie de St-Pétersbourg n'a jamais constaté aucun bon résultat à la suite de la suggestion, pas plus que dans l'hystérie grave. De la discussion qui suit, il résulte que des expériences analogues sur le rôle de la suggestion dans le traitement des maladies mentales n'ont donné à l'asile de Beetlem (Angleterre) que des résultats négatifs. Il en est de même pour l'épilepsie et le morphinisme. Enfin, le rapporteur aurait dû parler des faits négatifs. M. Ladame s'élève également contre les bons résultats attribués à la suggestion dans la dipsomanie. Dans un seul cas, il a pu noter un succès : or, il s'agissait d'un ivrogne, non d'un dipsomane ; en outre, la suggestion ne doit pas entrer seule en ligne de compte dans le résultat obtenu.

M. le docteur Magnalhas SEMON fait une communication sur *l'épilepsie sensitive et la paralysie générale*. — M. le Pr. Charcot a donné le nom d'épilepsie partielle sensitive à un trouble de la sensibilité qui, dans sa manifestation la plus simple, se présente par accès d'engourdissement limités à une moitié du corps. Voici comme les choses se passent habituellement : Une des mains est prise d'un engourdissement qui monte dans le bras, envahit partiellement la face et enfin se propage à la jambe du même côté ; on peut voir aussi l'engourdissement commencer par la face ou par la jambe. Donc, l'épilepsie sensitive reproduit dans le domaine de la sensibilité les trois grandes formes classiques de l'épilepsie partielle motrice. Telle est l'attaque de cette variété d'épilepsie lorsqu'elle se trouve réduite à son expression symptomatique la plus simple. Mais la clinique ne nous offre pas toujours des cas de cette pureté : tantôt ce sont les phénomènes psychiques ou sensoriels, tantôt ce sont les phénomènes moteurs qui s'associent aux troubles sensitifs ; mais tous ces phénomènes ne paraissent que comme des symptômes auxiliaires, c'est la sensibilité qui est en jeu, dit M. Charcot. L'épilepsie partielle sensitive, ainsi que la migraine ophtalmique — son associée habituelle — peut se présenter comme une maladie distincte, mais on peut aussi la voir comme une manifestation symptomatique de la paralysie générale et peut-être encore d'autres maladies. C'est néanmoins pour moi une conviction bien arrêtée que cette variété d'épilepsie doit prendre à côté des symptômes par lesquels la paralysie générale peut commencer. Je donne deux observations qui fournissent la preuve de mes assertions. Dans ces deux cas, l'épilepsie partielle sensitive a véritablement ouvert la scène morbide à la paralysie générale. Il est donc inutile d'insister davantage pour faire ressortir le grand intérêt pratique qui s'attache à ces observations, puisqu'il s'agit de dépister à son début l'existence d'une maladie grave alors qu'elle sommeille encore et se cache sous des dehors bénins.

Des rapports du larynx avec le système nerveux moteur, par F. SENON et V. HORSLEY (de Londres). — Cette communication est un résumé des résultats de leurs recherches expérimentales. La pathologie des nerfs moteurs du larynx paraissait être une des questions les mieux élucidées jusqu'en 1880, époque à laquelle la découverte simultanée de Rosenbach et Senon vint jeter un nouveau jour sur ces questions. Ces auteurs ont constaté, en effet, que dans les lésions progressives des nerfs moteurs du larynx, les muscles dilatateurs sont atteints en premier lieu ou même exclusivement, tandis que dans les troubles fonctionnels le groupe antagoniste des constricteurs l'est seul. Pendant longtemps, on se livra à des hypothèses nombreuses sur ces faits, jusqu'à ce que l'un de nous (Senon) ait donné l'explication de ces phénomènes en démontrant la plus grande prédisposition des dilatateurs aux altérations organiques. Mais cette théorie n'était pas d'accord avec le fait que, pendant la respiration, la glotte est plus dilatée qu'après la mort, ce qui suppose une force physiologique plus considérable des dilatateurs. Nous avons cru devoir reprendre d'une façon complète l'étude de l'innervation motrice du larynx. Le début de nos expériences date de 1881.

Nous allons d'abord étudier l'action du bulbe sur le larynx, puis nous indiquerons l'influence des nerfs périphériques et enfin nous envisagerons les rapports du larynx avec les centres corticaux, la couronne rayonnante et la capsule interne.

Rappelons avant d'exposer ces faits que *le larynx sert à deux fonctions très différentes*, à la respiration et à la phonation. La première est surtout automatique, quoique soumise cependant à des modifications volontaires ou non, tandis que la seconde est purement volontaire, excepté dans certains actes (toux, rire, etc.), qui sont le résultat d'actions réflexes.

Il est un point sur lequel tout le monde est d'accord, c'est le *centre respiratoire bulbaire*. Le larynx fait partie intégrante du mécanisme respiratoire, ce qui est prouvé par les oscillations rythmiques des cordes vocales, lorsque la respiration est accélérée. Deux points nous font penser que dans le bulbe, le centre respiratoire laryngé est indépendant du centre respiratoire thoracique : En premier lieu, l'existence d'une tonicité réflexe des muscles dilatateurs qui maintient la glotte ouverte, tandis que les mouvements rythmiques du thorax s'exécutent d'une façon continue. En second lieu, la constatation expérimentale chez le chat de la dilatation glottique par excitation de la partie supérieure du 4e ventricule sans modification du rythme thoracique.

Ce centre est bilatéral, ainsi que nos expériences l'ont prouvé. L'excitation unilatérale du bulbe détermine des mouvements bilatéraux d'expiration et d'inspiration de la glotte.

L'expérience de Vulpian avait montré l'existence d'un *centre laryngé phonateur dans le bulbe*. Nous avons obtenu un mouvement de constriction énergique par l'excitation de la partie supérieure du calanum scriptorius. Nous avons constaté que l'excitation du corps rectiforme sur son bord interne détermine un mouvement d'adduction de la corde vocale du côté correspondant. Quant aux *conducteurs périphériques*, nous n'avons pas encore pu déterminer si l'origine réelle des nerfs moteurs du larynx doit être rapportée au nerf vague ou au spinal. Tous les auteurs sont d'accord sur l'existence dans le nerf vague de fibres centrifuges et centripètes. Dans le nerf récurrent, nous n'avons trouvé aucune fibre centripète.

Plusieurs faits nous font penser qu'il existe des différences dans la conformation biologique des muscles du larynx et de leurs terminaisons nerveuses. C'est tout d'abord le fait de la disparition plus rapide de l'excitabilité des dilatateurs que des constricteurs après la mort ; puis l'action différente de l'éther sur les différents muscles du larynx, phénomène que l'on ne peut s'expliquer que par une différence dans la circulation sanguine, etc.

Parmi les animaux sur lesquels nous avons expérimenté, c'est le chat qui nous paraît présenter le *centre cortical des mouvements respiratoires du larynx* le plus développé. Chez le singe, au contraire, il l'est très peu. Chez le chat, ce centre, dont l'excitation détermine des mouvements d'abduction de la glotte, siège au bord du sillon olfactif.

Le *centre cortical phonateur* s'étend chez le singe de la base de la 3e frontale à la partie inférieure du sillon paracentral. Chez les carnivores, il est situé dans le gyrus praecincialis et les circonvolutions voisines. Il en existe un dans chaque hémisphère. L'excitation de ce point détermine une adduction bilatérale des cordes vocales qui dure autant que l'excitation. Cet effet diminue lorsqu'on va de la partie médiane du centre cortical à sa périphérie. La destruction unilatérale du centre phonateur n'est suivie d'aucun effet sur le larynx ; par l'excitation répétée du centre phonateur, nous avons vu se produire des contractions épileptiformes des cordes vocales, qui ont envahi successivement les muscles de la face, du cou, de la tête

© ANM

et des extrémités supérieures. Nous en concluons que le cri de l'accès d'épilepsie n'est pas le résultat d'une excitation spinale, mais un stade de l'excitation corticale qui constitue l'accès d'épilepsie. De l'écorce cérébrale, les fibres partant du centre respiratoire ou phonateur, gagnent la capsule interne sans présenter rien de spécial au niveau de la couronne rayonnante. Le faisceau respiratoire occupe la partie antérieure du genou, et l'on trouve, d'avant en arrière, le faisceau accélérateur des mouvements respiratoires et laryngés, puis le faisceau déterminant la dilatation des cordes vocales, et, enfin, au genou, le faisceau augmentant l'intensité des mouvements respiratoires. Les fibres qui servent à la phonation siègent au genou de la capsule interne ou immédiatement en arrière. Chez le singe, ce faisceau est situé en arrière de celui qui commande aux mouvements de la langue et du palais, c'est-à-dire dans le segment postérieur de la capsule interne. L'excitation de ce faisceau capsulaire détermine aussi un effet bilatéral.

Dans notre dernier numéro, nous avons publié le résumé de la communication de M. MAGNAN sur les *folies intermittentes* (page 110).

Contribution à la pathologie et au traitement de l'ataxie locomotrice. — M. Daniel BROWER (de Chicago) insiste sur les modifications anatomiques que détermine cette maladie dans la cavité intra-crânienne ; sur les cas où l'ataxie reconnaît une origine périphérique, il distingue trois formes : cérébrale, spinale et périphérique. Dans tous les trois, il emploie le repos prolongé au lit ; dans la forme périphérique, l'extension des nerfs ; dans les autres formes, la suspension, la faradisation, surtout dans la forme spinale.

Des lésions corticales du sens de la vue. — M. MONAKOW (de Zurich) rappelle qu'il a montré que l'extirpation des lobes occipitaux produit, même chez les animaux adultes, des lésions secondaires du corps genouillé externe, du coussinet dans les corps quadrijumeaux et de la bandelette optique. Dans six cas, il a vu des foyers de lobes occipitaux occasionner, chez l'homme, des lésions semblables ; il rapporte en détail l'un de ces cas.

10e SECTION : OPHTALMOLOGIE.

Séance du lundi 4 août (4 h. de l'après-midi).

PRÉSIDENCE DE M. SCHWEIGGER (Berlin).

1. — M. H. KNAPP (New-York). — *Sur le traitement de la capsule pendant et après l'extraction de la cataracte.* — M. H. Knapp fait remarquer que, aujourd'hui, grâce à la technique si perfectionnée, l'opérateur doit tâcher de procurer au malade, par l'extraction de la cataracte, la plus grande acuité visuelle possible. C'est la cataracte secondaire qui détruit souvent les bons résultats primitifs. C'est pourquoi l'extraction dans la capsule est la méthode la plus parfaite ; mais elle n'est pratiquable que dans des cas exceptionnels. M. Knapp passe alors en revue les différentes méthodes de la capsulotomie. Il pratique maintenant toujours une incision périphérique de la cristalloïde antérieure (au-dessous de l'iris) à l'aide du kystitome ; il laisse ainsi indemne la capsule dans toute la région pupillaire. Mais la formation d'une cataracte secondaire est presque inévitable dans ce procédé. C'est pourquoi il ajoute, dans la majorité des cas, une opération secondaire et cela souvent déjà au bout de 2 à 3 semaines après l'extraction. Il pratique la discission en forme de croix à l'aide de son petit couteau capsulaire. Les malades gagnent plus par cette opération secondaire que par la primitive. L'acuité visuelle, égale à 1/4 en moyenne après l'extraction, monte à 2/3 en moyenne après cette discission et se maintient comme cela, tandis que, en général, la vision diminue peu à peu sans l'opération secondaire.

M. DUFOUR (Lausanne) a vu, après la discission faite à l'aide de l'aiguille, des enclavements dans la petite plaie cornéenne, de petits morceaux de la capsule antérieure et qui causent des irritations persistantes. Il rejette la discission trop hâtive ; il ne la pratique qu'au bout de 7 à 8 semaines après l'extraction.

M. WICHERKIEWICZ (Posen) pratique, en général, une incision rectangulaire de la capsule antérieure à l'aide du kystitome et enlève le lambeau circonscrit de la capsule à l'aide d'une pince capsulaire.

M. HAALE (Zurich) déclare ce que Dufour a envisagé comme des filets capsulaires, enclavés dans la plaie cornéenne, pour de petits filets du corps vitré, d'où le grand danger de ces enclavements qui ne se voient du reste qu'à la loupe.

M. SCHWEIGGER (Berlin) fait la discission d'après l'ancienne méthode de Bowman, à l'aide de deux aiguilles.

M. KNAPP répond qu'il a vu lui aussi les petits filets enclavés décrits par Dufour et Haale. Il les détache à l'aide d'une petite sonde.

2. — M. L. VIGNES (Paris). — *Sur le traitement opératoire de la cataracte secondaire ; nouvelle pince-ciseaux pour pratiquer l'irido-capsulotomie.* — M. Vignes montre une nouvelle pince-ciseaux, modification de celle de de Wecker. L'une des deux branches est fixe et se trouve au bout d'un manche. Le nombre d'opérations faites avec cet instrument est trop petit pour que l'on puisse en juger la valeur.

M. FUCHS (Vienne) pratique, en cas de cataractes secondaires avec synéchie postérieure, la discission à travers la sclérotique.

3. — M. THISOLM (Baltimore). — *The after treatment of cataract operations by adhesive strips on one eye only and in ligh vooms.* (Le traitement post-opératoire par un pansement d'emplâtre adhésif et dans des chambres claires). — M. Thisolm préconise encore une fois sa méthode du traitement post-opératoire, comme déjà par ses publications antérieures. Le pansement, qui ne consiste que de simple emplâtre glutinatif transparent, reste en général seulement pendant 4 à 5 jours. Puis il protège l'œil opéré seulement par une paire de verres fumés. Au bout de quinze jours, le malade est renvoyé le plus souvent même sans verres protecteurs.

M. ROSER (New-York) a examiné cette méthode pendant une année, mais il l'a abandonnée, n'en ayant pas été satisfait.

M. FUCHS (Vienne) ne met pas non plus des bandeaux, mais il couvre l'œil opéré d'un petit treillis en fil de fer.

Séance du mardi 5 août (10 heures du matin).

PRÉSIDENCE DE M. JAVAL (Paris).

1. — M. RÆHLMANN (Dorpat). — *Rapport sur le trachome.* — M. Ræhlmann insiste sur ce que, dans le trachome, il ne s'agit que de processus folliculaires ; mais ce ne sont que les follicules en masse qui forment le trachome et non pas les follicules solitaires, qui se trouvent souvent sans aucune suite grave. M. Ræhlmann distingue le trachome aigu et le trachome chronique. Quant à ce dernier, M. Ræhlmann établit 3 périodes. Dans la première, la muqueuse est pâle, infiltrée, parsemée de follicules. Il n'y a que très peu de sécrétion. Vers la fin de cette première période, les follicules crèvent ; il se présente de petits ulcères. Suit la deuxième période. Il se montre une irritation et sécrétion accusées. La surface de la conjonctive est inégale, mais elle n'accuse plus les granulations typiques. On voit nombre de pertes de substance à bords déchirés, parmi lesquelles il y a un réseau de stries gris-jaunâtres qui contiennent les follicules restants. La troisième période est celle des cicatrices. La muqueuse se change en un tissu cicatriciel 2 à 6 fois plus épais que la conjonctive normale, elle est fixée au tarse. Celui-ci a été ramolli par l'infiltration lymphoïde qui l'a atteint aussi. Cela explique pourquoi la cicatrisation de la conjonctive amène si aisément des déformations du cartilage tarse. Le pannus de la cornée n'est pas une simple irritation traumatique, mais lui aussi un processus folliculaire avec formation d'infiltrations lymphoïdes, analogue à l'altération de la conjonctive. Quant au pannus, l'individu doit avoir une certaine prédisposition pour en être atteint. Le trachome est indubitablement infectieux. Il y a aussi, sans doute, une prédisposition régionnaire. La sécrétion est d'une contagiosité variable. Il y a une immunité, même de l'un des deux yeux. Il semble que le coccus de Michel est le virus du trachome.

M. SCHMIDS-RIMPLER (Göttingen). — A l'encontre de M. Ræhlmann, M. Schmids-Rimpler n'a jamais vu la transition de la conjonctivite folliculaire au trachome. Il est vrai que, anatomiquement, la conjonctivite folliculaire ne diffère guère de la première période du trachome. Le coccus de Michel ne se

© ANM

trouve pas du tout dans tous les cas de trachome. Sa nature pathogène n'est pas démontrée non plus. Il est fort douteux s'il y a une immunité pour le trachome. M. Schmids-Rimpler a vu le trachome endémique — au contraire de Chibret — même à des hauteurs de 350 mètres au-dessus de la mer. L'acuité visuelle court fortement risque dans le trachome. 55 0/0 de ses malades avaient l'acuité visuelle moindre que 1/20.

2. — MM. Swon-Burnets (Washington). — *Influence de la race dans l'étiologie du trachome.* — M. Burnets a constaté que les nègres d'Amérique possèdent une immunité pour le trachome, tandis qu'il a observé l'affection assez souvent en Amérique, chez les Irlandais, même à une hauteur de 350 à 400 mètres.

3. — M. P. Chibret (Clermont-Ferrand). — 1. *Répartition géographique du trachome ; immunité de la race celte* ; — 2. *Projet de fondation d'une Société internationale de géographie ophtalmologique pour l'étude de la répartition géographique des différentes maladies des yeux.* — L'anthropologie, la clinique et l'histoire du trachome ont démontré à M. Chibret l'immunité de la race celte pour le trachome. La loi clinique qui régit cette immunité peut se formuler ainsi : Le virus trachomateux, peu virulent pour la race celte, perd toute virulence pour cette race après un passage sur un celte. Dans la plus grande partie de la France, une partie de la Belgique, la Bavière, le Wurtemberg, une partie du grand duché de Bade, pays peuplés par des individus de race celte, le trachome obéit à la loi formulée.

4. — M. Hubert Sattler (Prague). — *De la répartition géographique du trachome.* — Pour l'Allemagne du Sud, Sattler a pu vérifier en général la loi de Chibret, à savoir que, à partir d'une certaine hauteur, même moindre que celle indiquée par cet auteur, c'est-à-dire de 150 mètres, le trachome perd sa contagiosité. Mais il y a beaucoup d'exceptions. Sattler pense qu'il n'existe pas d'immunité absolue pour le trachome. Les mouvements des troupes jouent encore aujourd'hui un grand rôle dans la propagation du trachome. Une certaine hauteur au-dessus de la mer offre sans doute des conditions plus favorables pour la guérison de cette affection.

M. Libbrecht (Gand) parle de la thérapeutique du trachome.

M. E. Sulzer (Winterthur) insiste, au contraire de Rœhlmann, sur ce qu'il y a certes une infection trachomateuse à travers l'air. Il s'en est convaincu du moins dans les vrais pays trachomateux, tels que l'Arabie et les îles de la Sonde.

M. Reich (Tiflis) a vu un grand nombre de trachomateux, même au-dessus d'une altitude de 2.000 mètres.

M. Lagetschnikow (Pétersbourg) distingue nettement entre la conjonctivite folliculaire et le trachome. Les différences anatomiques sont très prononcées elles aussi.

M. Goldzicher (Budapest) maintient que les néo-formations granuleuses sont assez semblables à celles de la tuberculose ; elles contiennent aussi des cellules géantes, mais pas de bacilles.

M. van Millingen (Constantinople) a fait une statistique de trachomateux. Parmi 6.917 malades, il se trouva 1.092, soit 15,6 0/0 de trachomateux.

5. — M. John E. Weeks (New-York). — *La pathologie de la conjonctivite contagieuse aiguë.* — L'affection dont parle Weeks est caractérisée par une hypérémie intense de la conjonctivite avec, çà et là, de petites hémorrhagies. En examinant plus de 1.000 cas de cette affection, il a toujours trouvé un bacille caractéristique qu'il a cultivé et dont il a constaté la nature pathogène par 6 inoculations sur l'homme.

6. — M. K. Grossmann (Liverpool). — *De la blennorrhagie des nouveau-nés et de sa prophylaxie.* — M. Grossmann veut provoquer une loi qui forcerait les sages-femmes d'avertir un médecin tout au début de chaque cas de blennorrhagie des nouveau-nés.

Du strabisme névropathique. — M. Valude (de Paris) résume ainsi sa communication : Le strabisme vrai, dit concomitant, n'est pas dû à la seule amétropie et la règle posée par Donders ne saurait s'appliquer à tous les cas, peut-être même pas au plus grand nombre ; la névropathie constitue un facteur important, quelquefois prépondérant, dans la production de la déviation.

Il est bien des strabismes amétropiques simples où l'amétropie est seule en cause. Il est aussi des strabismes névropathiques purs, où les malades sont amétropes et chez lesquels la névropathie est l'unique origine de la déviation oculaire. Mais il est encore une classe de strabiques, et la plus nombreuse, dans laquelle l'influence de l'amétropie et celle de la névropathie se combinent. Chacun de ces états particuliers doit être reconnu, car ils comportent un traitement spécial pour chacun d'eux.

Le strabisme amétropique pur est, on le sait, justiciable de l'opération et de la correction optique ; la correction optique seule peut aussi le faire disparaître s'il est alternant et surtout intermittent.

Mais quand à l'amétropie se joint la névropathie comme cause du strabisme, il faut ajouter au traitement opératoire ou optique, souvent aux deux réunis, une médication générale appropriée. Dans certains cas de strabisme névropathique pur, le traitement spécial de la névropathie pourra suffire.

Lors de récidives survenues quelque temps après une correction opératoire et optique heureusement obtenue d'abord, nous avons toujours relevé l'influence d'un état général nerveux. Il importe donc de ne pas méconnaître l'existence de la névropathie qui peut changer d'une telle façon le pronostic de l'opération. Il est connu en effet que, chez l'adulte surtout, l'action des états nerveux, névropathiques, même les plus simples, est difficile à combattre efficacement.

La névropathie, telle que nous l'entendons ici, n'est pas nécessairement cet état avancé de dégénération nerveuse qu'offrent les épileptiques, les hystériques, les dégénérés nerveux proprement dits. Le nervosisme souvent banal des parents, lequel se transmet aux enfants et peut se manifester chez eux sous forme de convulsions passagères, d'accidents nerveux minimes et même souvent oubliés, tellement peu importants ils ont semblé, est parfaitement capable d'engendrer cet état névropathique susceptible de conduire au strabisme.

La névropathie ainsi constituée, ou même exagérée ainsi qu'on le voit chez les hystériques vrais, provoque d'autant plus facilement la formation du strabisme qu'il existe en même temps de l'amétropie. Dans ces cas, qui sont les plus fréquents, l'amétropie est la cause *prédisposante* et la névropathie la cause *occasionnelle* du strabisme.

Dr F. Astroalt.

Le Xe Congrès international de médecine à Berlin.

Les deuxième et troisième séances générales. — Nombre des membres du Congrès. — Un oubli : Absence d'organisation du service de la presse.

Berlin, le 10 août 1890.

Mon cher Directeur,

J'ai essayé, la semaine dernière, de vous retracer en quelques mots l'aspect de la séance d'ouverture du Congrès. Les autres séances générales n'ont pas eu l'intérêt de la première, malgré l'importance des discours prononcés.

La seconde séance a eu lieu mercredi 6 août, à 11 heures, dans le même local, au cirque Renz ; la chaleur était ce jour-là aussi intolérable que le lundi précédent, et cette vaste salle, éclairée en partie par le gaz, était en outre fort mal aérée : mais l'affluence était moins considérable que le premier jour. Un commencement d'incendie, immédiatement signalé par la presse aux pompiers de service, n'a pas eu de suites. Cet incident nous a rappelé ce qui s'était passé au dernier Congrès de chirurgie à Paris. Si l'on n'avait pu de suite maîtriser les flammes et éteindre l'incendie qui s'était déclaré dans les combles de cette immense construction de bois où étaient rassemblés plus de 5.000 personnes, on ne sait trop ce qui aurait eu lieu. Le public d'ailleurs, s'est à peine aperçu du danger qui, un moment, le menaça réellement.

Les communications faites ce jour-là n'ont pas attiré autant l'attention que le discours de Koch. Pourtant M. le Pr Bouchard a lu dans cette séance le très important travail dont je vous ai déjà adressé un court résumé ; je n'y reviendrai donc pas. De nombreux applaudissements ont montré avec quel intérêt on avait écouté le représentant de la science française, qui venait d'ébaucher avec une grande hauteur de vues, une théorie nouvelle de la maladie infectieuse. Ce discours, synthèse de tous les travaux sortis depuis 10 à 12 ans du laboratoire du Pr Bouchard, a produit sur les étrangers qui étaient en mesure de l'apprécier une très vive impression.

Le reste de la séance a été consacré à la lecture d'un travail d'Axel Key (de Stockholm) sur le *développement de la*

© ANM

puberté et ses rapports avec les maladies de la jeunesse des écoles.

Au début de cette seconde séance, M. le Pr Virchow a fait connaître le nombre des membres du Congrès arrivés à Berlin. Vous trouverez plus loin des renseignements précis à ce point de vue. Il a ensuite annoncé que le 11e Congrès international de médecine se tiendrait à Rome, sous la présidence du Pr Bacelli. Rome, Madrid et St-Pétersbourg étaient les seules villes qui avaient fait des propositions dans ce sens ; au comité on a choisi Rome pour siège du futur Congrès de 1893. Cette séance a été présidée successivement par S.-J. Paget (Angleterre) et M. John Billings (Amérique).

La troisième et dernière séance générale du Congrès a eu lieu samedi à 11 heures, toujours dans les mêmes conditions. Un journal de Berlin, enthousiasmé par le succès du Congrès, qui est réel, disait lui-même en phrases empreintes du plus pur lyrisme : « Les uniformes et les dames sont toujours le plus bel ornement de ces séances plénières, où les plus claires toilettes, pour le plus grand plaisir des yeux, tranchent sur les sombres couleurs des tuniques et des habits noirs ; mais tout cela a été gâté par une chaleur tropicale. » En réalité, nous nous demandons comment, à Berlin, le meilleur monde peut supporter ainsi, sans broncher, à une température de plus de 25°, une séance où des discours sont prononcés pendant six heures entières sans qu'il soit possible, dans une moitié de la salle au moins, d'en saisir ou d'en comprendre un mot. Paris est aujourd'hui trop vieux pour lutter avec Berlin sur un tel terrain. Qu'on ne tente pas chez nous pareil essai au prochain Congrès international ! Les Français, à Paris, ne se soumettraient pas aussi facilement qu'à Berlin aux intempéries des saisons et aux exigences d'un semblable entassement. Autre pays, autres mœurs. Au début de cette troisième séance, on a lu un télégramme de remerciements du président du ministère italien Crispi, remerciant le Congrès d'avoir bien voulu choisir Rome, la capitale de l'Italie, comme siège du futur Congrès. Ce télégramme était accompagné des meilleurs souhaits à l'adresse du grand duc de Bade et de l'impératrice Augusta, à qui l'on doit un des beaux hôpitaux de Berlin. Puis M. Horatio Wood (de Philadelphie) a fait une importante communication sur l'*anesthésie*. Le rapport suivant, dû à M. Cantani (de Naples), relatif à l'*antipyrèse*, a valu aussi à son auteur un notable succès. Après une pause de quelques minutes les discours ont recommencé. On a entendu alors M. Meynerst (de Vienne), qui a traité *de la façon dont les différentes parties du cerveau se suppléent ou se remplacent* ; puis M. B.-J. Stokvis (d'Amsterdam), qui a lu un travail sur *la pathologie comparée des races et sur la résistance vitale de l'européen dans les pays tropicaux*.

A ce moment, M. le Pr R. Virchow a prononcé une contre-allocution et fait ses adieux au Congrès : « Puissent, a-t-il dit en terminant, les travaux du Congrès servir la cause de la fraternité des hommes et de la paix des nations ! Au revoir, Messieurs et chers confrères, à Rome ! » Les délégués des différentes nations envoyés au Congrès sont venus ensuite à la tribune remercier M. le président et le comité de l'accueil qui a été fait à leurs compatriotes. M. J. Billings a d'abord parlé au nom de l'Amérique ; M. Schultzler (de Vienne) n'a pas hésité à dire que si ce Congrès surpassait tous les autres, c'était un peu à la ville de Berlin qu'en revenait l'honneur. Tous les médecins ont voulu venir constater par eux-mêmes la splendide organisation de l'enseignement de la médecine dans la capitale de l'Allemagne et visiter ses nombreux centres d'instruction si perfectionnés. MM. Czatani, au nom de la Hongrie, Skilvasowsky, au nom de la Russie, Thiry, au nom de la Belgique, Hölingden, au nom de la Suède, ont pris ensuite la parole, de même que le médecin particulier de l'empereur du Japon, pour remercier la ville de Berlin de l'hospitalité, qu'elle avait gracieusement offerte aux médecins des pays qu'ils représentent. Enfin, M. le Pr Bouchard est monté à la tribune ; il a insisté sur le cordial accueil qui avait été fait à Berlin à ses compatriotes. Il espère qu'un jour le Congrès international se tiendra de nouveau à Paris, et il a même l'espérance qu'on voudra bien, après Rome, choisir la capitale de la France comme siège du Congrès de 1896. Après quelques autres discours d'adieu, le Pr Bacelli a remercié, toujours en *langue latine*, la nation allemande de la réception faite aux italiens. M. le Pr Virchow lui a répondu, aussi en *latin*, et à 6 heures, après 6 heures de discours, la Xe Session du Congrès international de médecine à Berlin était déclarée close.

Le nombre des médecins ayant participé au Congrès de Berlin a été de 5,537 ; en y ajoutant 143 membres participants non médecins, on obtient le chiffre total de 5,680. Ce nombre se décompose ainsi : Médecins berlinois, 1,166 ; — Allemagne (sans Berlin), 1,752 ; — Autriche-Hongrie, 262 ; — Grande-Bretagne et Irlande, 358 ; — Pays-Bas, 112 ; — Belgique, 62 ; — Luxembourg, 2 ; — France, 179 ; — Suisse, 67 ; — Italie, 146 ; — Monaco, 1 ; — Espagne, 41 ; — Portugal 5 ; — Suède, 108 ; — Norvège, 57 ; — Danemark, 139 ; — Russie, 429 ; — Turquie, 12 ; — Grèce, 5 ; — Roumanie, 32 ; — Serbie, 2 ; — Bulgarie, 5 ; — Etats-Unis d'Amérique, 659 ; — Canada, 24 ; — Brésil, 12 ; — Chili, 14 ; — Mexico, 7 ; — Amérique centrale et du Sud, 30 ; — Egypte, 8 ; — Cap de Bonne-Espérance, 1 ; — Le reste de l'Afrique, 5 ; — Chine, 2 ; — Japon, 22 — Indes Occidentales, 2 ; — Indes Hollandaises, 2 ; — Australie, 7. Parmi les membres participants, il y avait 97 Allemands et 16 étrangers ; 1,000 dames s'étaient fait inscrire pour suivre les travaux du Congrès.

Je voudrais, mon cher Directeur, en terminant cette première lettre, vous signaler une remarque que nous tous Français avons faite à Berlin. Le *Journal du Congrès* nous a paru par trop insuffisant. Réduit aux dimensions qu'on a cru devoir lui assigner, je n'hésite pas à dire qu'il n'a rendu aucun service sérieux. Si je me permets cette légère critique c'est, qu'avec tous les membres du Congrès, je n'ai aucune fausse honte à témoigner notre satisfaction pour la parfaite organisation du Congrès et de la belle exposition médico-scientifique qui y était annexée. Mais, nous pouvons le dire sans forfanterie, tous nos Congrès français, au point de vue du service de la Presse, sont et ont été jusqu'ici, à Paris, mieux organisés. On n'a pas, en quoi que ce soit, cherché à faciliter notre tâche à Berlin. Si l'on n'a pas, comme à Bâle, au dernier Congrès de physiologie, essayé de mettre des entraves à l'accomplissement des fonctions dont nous étions chargés, on ne nous en a pas moins laissé nous débrouiller seuls, comme nous avons pu, dans cette tour de Babel où parlaient nuit et jour, au milieu des banquets et des sections, des médecins du monde entier. Les Allemands ne sont pas nés reporters. Le local réservé à la Presse au Palais de l'Exposition, où se tenaient les Sections, renfermait à peine quelques chaises de fer et des tables de cafés-restaurants d'été ! On aurait cherché en vain deux ou trois porte-plumes, nos instruments de travail habituel, du papier blanc, etc. On ne nous a rien communiqué, malgré nos demandes pressantes. Il eût été pourtant facile de déposer dans ce sanctuaire, par trop rudimentaire, de l'information rapide, quelques exemplaires des rapports imprimés et distribués, d'ailleurs, dans les sections. C'est à peine si nous avons pu les y dérober, trompant la vigilance des secrétaires surchargés de besogne et se souciant fort peu de nous renseigner ! Nous osions à peine nous aventurer dans ces sections, éparses sous les voûtes du Palais de l'Exposition, car il y régnait une chaleur véritablement tropicale, capable de foudroyer de moins aguerris. Nous espérons qu'au prochain Congrès de Rome on voudra bien faciliter la tâche des représentants des journaux qui se rendront en Italie. C'est l'intérêt de tous. Les membres qui ont assisté au dernier Congrès de Berlin le comprendront aussi bien que ceux qui, moins heureux, n'ont pu quitter leurs foyers. Tous auraient été très heureux de savoir ce qui s'est fait là-bas : les uns dans ces sections où ils n'ont pu assister ; les autres, dans ce Congrès où ils n'ont pu se rendre. En raison de ce défaut d'organisation, les lecteurs français, habitués cependant à être vite informés, devront donc, comme ceux des autres pays et en dépit des progrès accomplis récemment par la presse scientifique de notre pays, attendre six mois ou un an la publication des comptes rendus officiels pour avoir une idée même sommaire sur ce qui s'est passé réellement la semaine dernière à Berlin. Nous sommes persuadé que, comme nous et les journalistes américains venus à Berlin, ils ne trouveront pas que tout était pour le mieux dans le meilleur des Congrès.

Veuillez agréer, etc. Marcel Baudouin.

DEUXIÈME LETTRE.

(Fêtes, banquets, réunions, etc.).

Mon cher Directeur,

Je voudrais, dans cette lettre, vous raconter ce que les Berlinois, non contents du succès scientifique obtenu, ont voulu faire pour donner à leur Congrès le plus vif éclat. A notre arrivée à Berlin, un fait nous frappa pourtant ; les grands hôtels seuls étaient pavoisés. Quelle différence avec ce que nous avions vu l'année dernière à Heidelberg, au Congrès des naturalistes allemands, où toutes les maisons de la ville disparaissaient sous les drapeaux ! Cette différence dans l'enthousiasme s'explique facilement. Berlin est une trop grande ville : 6,000 personnes tombant à l'improviste dans la capitale de l'Allemagne en ont à peine changé l'aspect ; quand 2,500, au contraire, s'abattent sur une petite cité comme Heidelberg, elles en bouleversent totalement l'équilibre. Malgré le peu

© ANM

d'intensité des démonstrations extérieures en faveur de cette grande réunion scientifique, la Société de Berlin s'est intéressé vivement aux travaux du Congrès et assisté en foule aux séances générales. Le *Berliner Tageblatt* a donné chaque jour un compte rendu succinct des séances plénières et des fêtes nombreuses organisées en l'honneur des Congressistes.

Le soir même du jour de l'inauguration, a eu lieu, dans le Parc de l'Exposition, une brillante soirée où les membres du Congrès et leurs dames ont pu se réunir pour la première fois depuis leur arrivée à Berlin (1). Lumière, bière à profusion, avec accompagnement de musique militaire ; foule immense, dames nombreuses en toilettes d'une blancheur éclatante, si à la mode à Berlin, voilà le bilan de cette soirée. Un journal local a dit, dans une phrase pleine de poésie : « Une immense envie de danser planait sur toute l'assistance! » Mais les jeunes Berlinoises, décorées ou non du caducée d'or, insigne distribué à tous les membres du Congrès, sont restées calmes jusqu'à une heure avancée de la nuit...., car à 11 heures la fête était terminée.

La réception solennelle la plus mouvementée a été celle offerte par les autorités municipales de Berlin aux membres du Congrès, à l'hôtel de ville, le mardi 5 août, à 8 h. du soir. Il est bien regrettable que l'entrée en eût été défendue aux dames! De 9 heures à minuit, accoudés sur plusieurs centaines de tables dressées dans d'immenses Rathaus, des milliers de Congressistes ont dégusté un souper fantastique pendant que plusieurs musiques militaires exécutaient les morceaux des plus célèbres musiciens du pays. Nous avons ce pantagruélique menu sous les yeux. Il comprend plus de 25 parties. Certains l'ont épuisé pendant que coulaient à pleins bords les vins du Rhin et de la Moselle les plus fins et les plus variés, les bières de Munich et.... d'ailleurs. Leur fameux *Liebfrau milch* a eu les honneurs de cette inoubliable et colossale soirée, à laquelle on ne peut même pas comparer les classiques réceptions de l'hôtel de ville de Paris. A 11 heures, MM. les Pr[s] Lister, Esmarch, Ollier parcourent les salles encombrées de débris de bouteilles et des restes du festin, aux côtés du Pr Bergmann en costume militaire, tout chamarré de décorations. Une ovation sympathique est faite aux principaux représentants de la chirurgie moderne. La fête se termine à la mode allemande.

Le Pr Virchow est porté en triomphe par des jeunes Allemands. En même temps retentit le *Gaudeamus igitur*, le chant des étudiants, entonné par tous les allemands présents et joué en même temps par les musiques militaires. Le même jour, avait eu lieu, au Kaiserhof, un banquet officiel auquel avaient été invités les représentants des différents gouvernements. Plusieurs toasts furent portés, entre autres par Virchow, qui s'exprima en français. M. Herbette, l'ambassadeur de France, et M. Chauveau, présents à ce banquet, prirent aussi la parole.

Le mercredi 6 août ont eu lieu, dans différents établissements de la ville, les dîners officiels des sections. Nous avons assisté à celui de la section de gynécologie. L'en-tête du menu, que nous voudrions pouvoir reproduire ici, est tout un poème, quoiqu'il soit du domaine de la plus pure obstétrique : il faut être allemand pour en comprendre toute la poésie ! A ce banquet, qui a eu lieu à Charlottembourg, un certain nombre de toasts ont été portés par MM. Gusnow (de Berlin), Chrobak (de Vienne), Stadtfeld (Copenhague), Pasquali (Rome), Balandine (Saint-Pétersbourg), Pozzi (Paris), qui a bu aux dames présentes. M. le Dr Martin a répondu, essayant d'expliquer pourquoi les chirurgiens allemands n'avaient pu, en 1889, assister au Congrès de Paris. Le dîner de la section de chirurgie, offert libéralement par la *Deutsche Gesellschaft für Chirurgie* aux membres de cette section, a été plus brillant encore. Un grand nombre de discours ont été prononcés par MM. Bergmann, Lister, Paget, Thiench, Billroth, Trendelenbourg, Bardeleben, le duc de Bavière, l'ophtalmologiste Bottini qui a parlé en français, Sklifasowski (Moscou), etc. Le menu de ce banquet est aussi une trouvaille : Composé en vers latins par M. le Pr Rubio (de Madrid), il était précédé d'une gravure ayant pour titre : *Asclepiœ berolinenses*, et représentant la mort combattue par la foule des jeunes chirurgiens sous les auspices de Paget, Lister, Ollier, Billroth, Larrey, etc., transformés en buste de plâtre et déjà passés à la postérité.

Les dîners des sections d'anatomie et physiologie, de pathologie générale présidés par Virchow, de pédiatrie, de médecine interne, etc., etc., ont servi aussi de prétextes à des toasts intéressants.

Le jeudi 7 août, bal dans différents hôtels de Berlin (Kaiserhof, Impérial, Central-Hôtel) et dans différents points (Philarmonie, Jardin Zoologique). La Société de Berlin, qui n'assiste pas souvent à d'aussi belles fêtes, n'a pas perdu l'occasion de se montrer ce soir-là. Il aurait été certainement préférable de choisir une salle de spectacle unique ; mais Berlin ne possédait pas une salle de bal capable de contenir une foule de congressistes aussi considérable. Paris seul, avec sa galerie des Machines, eût été capable de mener à bien pareille entreprise.

Le lendemain, dans la soirée, les délégués des divers gouvernements, invités par cartes spéciales à la Cour, se sont rendus à Postdam où ils ont été reçus, en l'absence de l'empereur en voyage, par le prince Frédéric-Léopold, dans le nouveau Palais. 600 personnes avaient été invitées : assistaient à cette réception de Caprivi, von Gossler, Miquel, von Wedell. Les délégués des nations avaient été groupés, suivant l'ordre alphabétique des nations qu'ils représentaient.

Samedi matin à 10 heures, l'impératrice Augusta Victoria a visité l'exposition médico-scientifique annexée au Congrès ; elle était accompagnée par une dame de la cour et un adjudant, et conduite par MM. Virchow, Lassar et Köhler.

Un mot maintenant sur ce qui concerne plus spécialement les français qui se sont rendus à Berlin. Le vendredi 7 août, à midi, M. le Pr Bouchard réunissait dans les salons du restaurant Uhl, Unter der Linden, toute la délégation française où était servi un excellent déjeuner. Pendant cette cordiale réunion absolument privée, à la fin de laquelle M. Bouchard a levé son verre en l'honneur du président Carnot et a bu à la République française, à l'instigation de M. le Pr Ch. Richet et de M. Pamard (d'Avignon), on résolut de réunir le samedi soir, à Monopol-Hotel, tous les médecins français présents à Berlin. Ce dîner a eu un réel succès. M. Herbette, ambassadeur de France en Allemagne, MM. Virchow et M. Bacelli, présidents des Congrès de Berlin et de Rome, invités, s'étaient empressés d'accepter. Dans la salle flottaient deux drapeaux français, et le menu, rédigé en français, n'était composé que de mets français. Une soixantaine de personnes, dames comprises, ont assisté à ce banquet. Au dessert, — et non au milieu du repas, comme cela se fait en Allemagne, — plusieurs discours ont été prononcés. Nous croyons devoir les reproduire ici presque *in extenso*, car les journaux politiques en ont pour la plupart dénaturé le sens et le caractère. M. le Pr Bouchard s'est levé le premier et a parlé à peu près en ces termes :

« Je remercie M. le Président du Congrès pour l'amabilité avec laquelle nous avons été reçus à Berlin. Nous sommes heureux de voir que ce Congrès a pleinement réussi, et nous avons tenu à montrer quelle joie nous inspirait ce succès. Je remercie aussi M. l'ambassadeur de la République française qui a bien voulu présider notre réunion. Je prie M. le Pr Virchow de vouloir bien accepter nos remerciements pour l'honneur qu'il nous fait en assistant à ce banquet. Nous faisons tous les meilleurs souhaits pour le succès du Congrès de Rome. »

M. Herbette, président du banquet, s'est exprimé ainsi :

« Je n'ai pas l'habitude de parler en public ; mon rôle, vous le savez, est plutôt de parler peu et je voudrais bien pouvoir déjà me taire et me rasseoir ; mais je ne puis vous cacher quelle est mon émotion. Depuis quatre ans que je suis à Berlin, c'est la première fois qu'il m'est donné de présider en cette ville un dîner français. Vous comprenez, par ces dernières paroles, quelle doit être ma joie ! »

M. Virchow s'est levé, à son tour, et a prononcé le discours suivant, de cette voix saccadée qui lui est familière. Il s'est d'ailleurs exprimé en français avec la plus grande facilité et une réelle élégance. Les paroles de cet homme, qui est une des organisations les plus puissantes et une des plus belles figures de l'Allemagne actuelle, ont été écoutées avec une attention toute particulière :

« Mesdames, Messieurs, Ce n'est pas sans une notable émotion, ni une réelle difficulté, que je me vois obligé de prendre la parole devant des dames françaises, dans votre belle langue. Quand j'étais jeune, comme tout le monde je suis allé à Paris. J'y ai été accueilli avec sympathie et même avec enthousiasme par la jeunesse française. On me nomma, jeune, membre de l'Institut. Mais si pendant la guerre nous fûmes désunis, je fus un des rares qui demandèrent au Conseil municipal et au Reichstag qu'on ne dépassât pas certaines limites.... Depuis on m'a accusé de paroles outrageantes pour les Français. Cette calomnie ne m'atteint pas. Dans des temps agités on n'est pas toujours maître de ses paroles, cela peut arriver à tout le monde.... Si cela a eu lieu, jamais, du

(1) Le Palais de l'Exposition, encore occupé par une exposition de peinture, analogue à nos salons annuels, est une construction dans le genre du Palais de l'Industrie ou des Galeries de l'Exposition. Il est divisé en une série de salles où se sont tenues les sections.

© ANM

moins ma pensée n'a été blessante pour votre nation ; mais je suis homme, comme les autres hommes :

Homo sum et nihil humani a me alienum puto !

On me l'a reproché ; je tiens à me laver aujourd'hui de ces calomnies, car nous sommes ici entre nous et en dehors des formules. Je vois avec une extrême satisfaction qu'une phase nouvelle commence pour la médecine internationale. Nous n'avons pas de cause de lutte entre nous ; ne brisons donc pas les liens de la science qui nous unissent désormais. Puissent ces sentiments maintenir longtemps encore le bon accord entre nous ! »

M. Ollier a bu à la France et aux dames françaises présentes au Congrès. Enfin M. Bacelli a prononcé, en français, les paroles suivantes :

« Après ce qu'a dit M. Virchow, vous me permettrez de me rappeler moi-même à votre souvenir. Je suis allé à Paris en 1867 ; j'ai assisté au Congrès et visité vos hôpitaux. Permettez-moi aussi de rappeler qu'au Congrès de Florence, M. Bouillaud fut pour moi un véritable ami. Après le discours de M. Virchow, il m'est facile de parler dans le même sens et il est inutile que j'essaie de me laver de la tache dont on nous accuse. Nous sommes des amis de la France et il faut rapprocher les distances. Ce travail est commencé ; mais, pour atteindre ce but, nous avons une double route à suivre : C'est celle de la liberté et de la fraternité dans la Science. Je bois à la Liberté et à la Fraternité dans la Science ! »

En sortant de ce banquet, nous nous sommes rendus à la fête organisée, en l'honneur des membres du Congrès, par la Société des Médecins de Berlin, dans un des grands établissements populaires de Berlin. Même éclat, même entrain, même débauche de bière, de vin, de jambons et de gâteaux que dans les fêtes précédentes. Le Tout-Berlin était là, au milieu des Congressistes, et cette réunion en plein air, dans un jardin gentiment illuminé et décoré, a brillamment terminé la série des réjouissances offertes par la Ville de Berlin à ses nombreux visiteurs.

Les Allemands sont nés poètes ; aussi les pièces de vers sur le Congrès courent les rues à Berlin. L'*Ulek* publie un *Nachtglocken-ruf on den X. Med. Kongress*, dont on peut au moins citer les derniers vers :

Durch eine radikale Kur
Tilg' von Europa's Leid die Spur,
O medizinischer Kongress
Von Amts-und Mitleids ! Wegen !

Une autre pièce de Julius Rodenberg, intitulée « *Den Ærzten* ! » (Aux Médecins !), se terminait ainsi :

..... Wir danken Euch, wir Danken,
Und Zufen : Heil den Aerzten, drecinal Heir !

Veuillez agréer, etc. Marcel BAUDOUIN.

ASSOCIATION POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

Congrès de Limoges du 7 au 14 août 1890.

SECTION DES SCIENCES MÉDICALES.

M. MAYET (de Lyon) fait une communication sur *l'influence des récipients sur la coagulation du sang et du plasma à des températures diverses.* — Les conditions déterminant la coagulation du sang ont été examinées sur du sang de cheval maintenu à l'état liquide à la température de 0°: Reçu dans cette éprouvette, le sang précipite les globules rouges d'autant mieux et plus rapidement que cette éprouvette est plus étroite. La proportion des globules blancs varie de 100 à 15 suivant le sujet et son état physiologique. Les leucocytes et les hématoblastes diminuent avec la hauteur de la colonne liquide. Le plasma se coagule d'autant plus vite que la température est plus élevée (8 à 20°) et les expériences de M. Mayet confirment celles de M. Hayem. Il est probable que les leucocytes y prennent une certaine part. La paroi vasculaire n'a point empêché le sang de se coaguler à 24° en dehors de l'organisme, et les membranes animales analogues à la paroi des vaisseaux retardent la coagulation dans les limites d'un quart d'heure à une heure. La muqueuse intestinale grêle coagule de suite et subitement le plasma à 0°, ce que ne fait pas la baudruche.

M. LIVON (de Marseille) communique ses expériences sur *l'innervation du muscle crico-thyroïdien.* La section sur le chien du laryngé supérieur altère d'abord la voix, mais temporairement, et le muscle crico-thyroïdien n'accuse aucune altération : les fibres nerveuses ne dérivent donc pas de la branche externe du laryngé supérieur. Elles viennent d'un petit filet du plexus pharyngien s'anastomosant avec la branche externe motrice du laryngé supérieur. L'innervation est ainsi double. L'auteur n'a pas observé chez le chien l'action trophique (signalée par Möller sur le cheval) du laryngé supérieur sur tous les muscles du larynx.

M. RAYMOND (de Limoges) présente trois observations de *hernies étranglées*, opérées par la kélotomie suivie de cure radicale. Il s'agit de divers types d'étranglement et l'auteur arrive à la conclusion qu'on peut négliger le diagnostic, autrefois important, des étranglements et des inflammations, que le taxis doit être abandonné et que la pratique de la kélotomie immédiate s'impose.

M. QUEIREL (de Marseille) fait valoir les données statistiques de 63 cas de *curetage de l'utérus* et préconise ce mode de traitement.

M. BARADUC (de Paris) donne lecture de son travail sur *l'électrisation intra-stomacale* et son application à la dilatation de l'estomac. Le traitement préconisé comporte une double application de l'action électrique ; galvanisation du pneumogastrique au cou et faradisation intra-stomacale. La galvanisation s'applique à la dyspepsie chimique anachlorhydrique et au vomissement ; l'électrisation intra-stomacale, l'hyperchlorhydrie et la dilatation avec dyspepsie motrice. Répondant à une observation de M. TEISSIER qui redoute l'action réflexe sur le cerveau et le cœur, M. BARADUC dit ne pas avoir eu d'accidents ; les réflexes pathologiques existant se calment au contraire sous l'influence du traitement intra-stomacal. La faradisation externe est insuffisante.

M. TEISSIER (de Lyon), président de la section, fait une communication sur *l'antisepsie intestinale dans la fièvre typhoïde.* — L'infection intestinale se produisant par les produits solubles sécrétés par un bacille, M. Teissier s'adresse à la source même de l'infection. Il emploie le naphtol α en cachets de 40 centigr. avec du salicylate de bismuth. La diurèse est entretenue par des lavements froids. Comme toxique anti-thermique, un lavement de 4 gr. d'extrait de quinquina et 60 centigr. à 1 gramme de sulfate de quinine dissous dans de l'infusion de valériane. Régime au vin de Bordeaux, lait et un peu de bouillon. Sur 15 cas consécutifs de fièvre typhoïde pris indistinctement, dont quelques-uns arrivés au 15e jour sans traitement, il y a eu guérison dans tous les cas, sauf un douteux. Effets constatés : aussitôt l'antisepsie intestinale établie, les urines devenaient franchement vertes, la température baissait, l'albuminurie disparaissait, la rate diminuait de volume et la langue prenait un caractère d'humidité remarquable. L'abaissement régulier de la température est suivi d'oscillations thermiques considérables, puis le malade entre en convalescence qui est courte. Le naphtol agit d'une façon caractéristique en stérilisant dans l'intestin les produits d'origine bactérienne, produits solubles qui, dans la dothiénentérie, sont sans doute pyrétogènes. Le naphtol accuse la même courbe thermique dans son application à d'autres affections, telles que l'érysipèle malin, l'état puerpéral et la dothiénenthérie. L'abaissement thermique est lié à la stérilisation de l'intestin comme le prouvent les expériences de M. Roques. Sans condamner le traitement systématique par les bains froids, M. Teissier, donnant la préférence au naphtol, continuera ses très intéressantes recherches dans cette direction. Suit une discussion à laquelle prennent part MM. Lemaistre, Mayet, Tison et Grasset.

M. BERGONIÉ communique un travail sur *les mesures électriques dans l'électrolyse des déviations de la cloison du nez.*

M. QUÉNIAUD présente une note sur le *procédé d'abaissement de la cataracte.*

M. CHÉNIEUX parle de l'*hystérectomie abdominale* et présente une *tumeur fibro-kystique* comprenant la presque totalité de l'utérus, la trompe et l'ovaire droits, et pesant 10 kilos. Guérison au 7e jour. Cinq autres opérations ont été faites par le même procédé, qui consiste à pratiquer une incision large suivant le volume de la tumeur, sans ponction ni morcellement. Ligature du pédicule à la soie. Section au thermocautère ou cautérisation au Paquelin après section avec les ciseaux. Refaire éventuellement le plancher pelvien, rentrer le pédicule et hâter la toilette. Suture au fil d'argent intéressant largement le péritoine. Antisepsie rigoureuse au sublimé et opération rapide ne dépassant pas une heure. Sur 6 cas, un seul décès. Discussion : MM. Queirel et L.-H. Petit.

M. BARADUC fait une communication sur l'usage thérapeutique du *sang de bœuf alcoolisé et défibriné.* C'est sans doute du sang confituré dans lequel l'alcool, dans la proportion de 10 0/0, entre en une combinaison mal définie avec le sucre. Il se conserve sans altérations pendant des mois, est très digestif et pris facilement par le malade.

M. BERGONIÉ (de Bordeaux) présente un *nouvel excitateur manométrique rectal* destiné à remplir les indications du diagnostic, du pronostic et du traitement de paralysie, parésie

© ANM

ou atrophie simple des muscles sphincters du rectum. Cet appareil se compose d'une bougie rectale à ampoule exploratrice, d'un manomètre et d'une poire à gonflement. Il permet d'évaluer l'excitabilité et les variations qualitatives et quantitatives des réactions électriques.

M. HUCHARD fait une importante communication sur *les maladies de l'hypertension artérielle*. L'hypertension artérielle accuse deux modes : vaso-constricteur et vaso-dilatateur. Tels sont, par exemple, les effets doubles de la nicotinisation. L'empoisonnement artériel se traduit par l'hypertension. Permanente, elle donne lieu à des accidents scléreux du système artériel. M. Huchard étudie les cardiopathies de la ménopause, distingue plusieurs formes et les décrit. De même les cardiopathies de l'âge de la puberté, mais celles-ci ne sont pas suivies de lésions cardiaques, parce que les parois artérielles n'ont pas cessé d'être normales encore. Il étudie en outre les hypotensions artérielles avec collapsus cardiaque.

M. JACQUET fait une communication fort intéressante *sur la pathogénie de l'élément cutané dans certaines dermatoses*. — L'urticaire, le lichen simple, le prurigo, le lichen ruber acuminatus rentrent dans le cadre de ces dermatoses. A vrai dire, toutes les urticaires sont factices. L'élément vaso-moteur et l'hyperexcitabilité de la peau sont causes de ces maladies et elles tombent toutes sous l'application de la même hypothèse. C'est l'élément vaso-moteur qui apporte le prurit, et la nosologie doit être modifiée dans ce sens. L'application du principe s'est révélée dans un cas typique dont l'auteur présente l'analyse histologique.

M. CHAPPLAIN lit un travail *sur la gangrène traumatique gazeuse*.

M. GADAUD présente ses observations *sur les kystes uniloculaires de l'ovaire* et leur traitement opératoire. La première opération doit être l'établissement du diagnostic au moyen du trocart de Chassagnac. La poche kystique est perforée ensuite doublement : le trocart est introduit de l'abdomen dans le vagin et suivi lui-même d'un tube à drainage. L'opération demande de l'habileté, car il faut tenir compte de la position des organes de voisinage et donner à la vessie la position voulue, suivant son état de réplétion. L'opération serait très difficile sur le cadavre. En résumé : Dans les kystes uniloculaires de l'ovaire on peut se passer de l'ovariotomie en appliquant le drainage vers le vagin et en tenant compte de la position normale des organes. L'auteur a opéré deux malades avec succès. L'infection vaginale ne serait pas à redouter.

M. CHÉNIEUX objecte que le passage du trocart et du tube à drainage occasionneront des inflammations graves dans le petit bassin. L'ovariotomie, à son avis, est moins compliquée que l'opération de M. Gadaud.

Mme GACHES-SARRAUTE, M. REBOUL présentent diverses objections, notamment le danger des lésions de la vessie et l'antisepsie insuffisante à laquelle M. Gadaud paraît ne pas attribuer un rôle assez grave.

M. GADAUD répond que la ponction vaginale s'impose précisément quand les kystes ont des adhérences dans le petit bassin. Le drainage, en chirurgie comme en agriculture, est bienfaisant et non dangereux. Il peut remplacer l'ovariotomie.

M. BOULLAND présente un travail sur *les plis du pavillon de l'oreille au point de vue de l'identité*. L'auteur indique les variations de formes des lobules, hélix, tragus, anti-hélix et anti-tragus modifiant le type de l'oreille et pouvant servir de bons points de repère comme caractères primaires d'identification d'autres caractères, comme, par exemple, la couleur des yeux, fournissant les caractères secondaires.

M. REBOUL fait une communication sur *le diagnostic de la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire*.

M. DELOTTE présente l'observation d'un cas de *kyste dermoïde de la nuque* avec foyer suppuré, battements de la tumeur correspondant avec ceux du cerveau et transmis par le pus. Incision et projection du contenu purulent et sébacé du foyer avec la toux. Le kyste sébacé a souvent une origine correspondant à celle du kyste dermoïde.

M. DOURSOUT présente des préparations anatomiques ayant conservé la flexibilité des ligaments articulaires, mais il garde par devers lui le « secret » de son mode opératoire, indiquant seulement l'alcool et l'essence de térébenthine, ce que regrette M. DELTHIL en disant qu'avec un bain d'essence de térébenthine on arriverait au même résultat qu'avec de la décoloration.

M. TISON fait une communication sur *l'association de l'extrait d'opium et du chlorhydrate de cocaïne dans le traitement des vomissements*. Il a observé la suppression des vomissements par ce traitement dans un cas de gastrite hystérique chez un sujet de 27 ans, dans un cas de gastrite alcoolique par l'abus de la bière. La médication est bonne aussi dans les cas de dilatation de l'estomac. Peut-être conviendra-t-il de l'appliquer dans la péritonite pour combattre le symptôme vomissement, pour combattre la migraine avec état gastrique et dans le cancer de l'estomac.

M. RIVET parle du *carcinôme encéphaloïde* qu'il a observé chez les chiens et chez une vache. Les tumeurs carcinomateuses, différentes de taille, peuvent se trouver sur le foie ou sur le mésentère. Le diagnostic est difficile.

M. DELTHIL lit un travail *sur la diphthérie* dont il fait l'historique. Il admet la transmissibilité de la diphthérie des animaux et discute la pépie et la roupie.

M. TEISSIER formule des conclusions dans le même sens. Il admet la transmissibilité arière de l'homme et cite le cas d'un étudiant atteint de diphthérie en empaillant un faisan mort de cette maladie. Les objections que M. Leflers vient d'émettre au congrès de Berlin sur la non transmissibilité nous touchent peu, dit M. Teissier. Il peut exister des diphthéries toxiques chez les oiseaux, et il se peut que M. Jos. St-Ménard ait eu affaire à des diphthéries non toxiques. La prophylaxie générale seule peut donner de bons résultats.

M. BOULLAND a établi statistiquement que la campagne donne 2/3 et la ville de Limoges 1/3 des diphthériques, différence qu'on peut attribuer aux fumures et au fumier des poulaillers.

M. HUCHARD fait une communication sur les *phénomènes d'intoxication particulière dans les cardiopathies artérielles*. Il examine les effets de l'insuffisance rénale, les délires des cardiopathies artérielles et leur origine toxique, la pathogénie du vertige des artério-scléreux, les tachycardies toxiques ainsi que les modifications que toutes ces cardiopathies subissent par des changements du régime alimentaire. Toutes, elles sont caractérisées de bonne heure par l'insuffisance rénale et ses symptômes. Le régime à suivre doit éliminer autant que possible les toxines alimentaires.

M. TEISSIER a observé des faits analogues. Son traitement consiste en lavements d'eau froide, inhalation d'oxygène, etc. On fait naître ou disparaître en quelque sorte l'albumine par des substitutions dans le régime.

Le vendredi 8 août, M. le Dr Napias a fait au théâtre de Limoges une conférence très applaudie *sur les desiderata de l'hygiène au point de vue ouvrier*. Nous en donnerons une analyse succincte. *(A suivre)*. G. CAPUS.

VARIA

Le choléra.

Jusqu'à présent, la France reste tout à fait indemne du choléra. On a signalé deux cas suspects dans le département de l'Aude, dans deux villages distants de 6 kilomètres. Le premier, à Ladigue-d'Aval, concernait un homme qui est mort de dysentérie ; le second, à Maguerie, est relatif à un homme mort du *choléra nostras*. Les déjections avaient été jetées dans la rue. Des mesures imparfaites de désinfection avaient été prises; elles ont été complétées sur les indications de M. le professeur Proust, qui, prévenu, s'est rendu, de la frontière où il surveille le fonctionnement du service de protection, dans les localités suspectées.

Une nouvelle circulaire a été envoyée aux préfets, insistant sur les mesures de désinfection des déjections, des effets d'habillement et des logements et sur les précautions à prendre (lotions antiseptiques, etc.), pour les personnes qui soignent les malades. La circulaire rappelle que c'est par l'application rigoureuse de ces mesures qu'on pourra éteindre les foyers.

A la frontière espagnole la désinfection continue à être appliquée d'une façon régulière. 20 navires ont débarqué dans les ports de la Méditerranée : le nombre des désinfections est de 37. 609 désinfections ont été faites à Hendaye et Cerbère.

A Paris, l'organisation au point de vue de l'assistance et de l'hygiène paraît complète. Nous espérons que l'Administration procédera d'urgence à l'installation des étuves à désinfection dont l'achat a été voté récemment par le Conseil municipal. Le public commence à s'en servir. De juin à décembre 1889, les désinfections pratiquées à l'étuve de la rue du Château-des-Rentiers ont varié de 6 à 17 par mois. Elles ont augmenté depuis le 1er janvier: 49 en juin, 63 en juillet. Ces renseignements, ainsi que les suivants, ont été communiqués par M. Monod au Comité consultatif d'hygiène. (Séance du 11 août.)

Espagne. — L'épidémie a gagné Alicante, Tarragone, Tolède et menace la province de Barcelone. A Valence on signale plusieurs cas de choléra dans la ville même. Dans une dépêche, le consul de Valence déclare 4 ou 5 cas parmi les enfants. Il y a une campagne très active en faveur des mesures sanitaires, ce qui in-

© ANM

dique un progrès réel réalisé par les autorités locales de Valence, et dont on ne saurait trop les féliciter.

Les Espagnols ont adressé diverses réclamations au sujet des mesures prises par nous à la frontière. Or, en Espagne, de province à province, les mesures ont été plus sévères. Nous n'avons défendu, par exemple, que l'exportation des fruits à fleur de terre, tandis que tous les fruits de Valence sans exception ne peuvent être importés dans les différentes provinces.

Une dépêche datée du 13 août annonce 46 cas de choléra dans les provinces de Valence et de Tolède. Un nouveau décès a été constaté à Madrid. Il y avait eu la veille 59 cas et 35 décès.

Mer Rouge. — Les dépêches du 2 août disent que le 29 juillet on a signalé le choléra à Mouna et le 1er août 87 décès cholériques à la Mecque. La panique commence à régner en Egypte. Une dépêche adressée de Constantinople le 7 août par M. le Dr Mahé, nous apprend qu'il ne s'en est rencontré jusqu'ici aucun cas. A Camaran, il y a eu, du 25 au 27 juillet, 6 cas nouveaux dont 5 décès. Du 29 juillet au 1er août, 35 cas dont 30 décès ont été observés sur les passagers du *Deccam*, tenus en observation au lazaret.

Au Hedjaz, d'après une dépêche adressée par M. Vaume au consul de Constantinople, il y a eu à la Mecque, le 1er août, 485 décès, le 2, 343, le 3, 236, le 4 août 200 décès à Djeddah, le 5, 145 à la Mecque, soit 1,538. Si l'on ajoute à ce chiffre les décès des 28, 29, 30 et 31 juillet à Nimah et la Mecque, c'est-à-dire 465, on a un total de 1,998 au 5 août.

Le choléra a fait également son apparition à Zaif, ville située à 2 ou 3 journées de la Mecque, dans le Sud-Est. — 1,500 pèlerins sont arrivés à Djeddah fuyant devant l'épidémie. La mortalité causée par le choléra à La Mecque s'est élevée le 12 août à 117 et à 70 à Djeddah.

Mésopotamie. — Même situation dans les villayets de Mossoul, Diarbekir, Bitlis et Van. A Mardine, quelques décès quotidiens. Depuis le 17 juin, dans le villayet de Diarbekir, il y a eu 191 attaques, 139 décès dont 15 depuis huit jours. Depuis un mois environ, on compte dans le villayet de Bitlitz 97 décès cholériques. Les renseignements complémentaires font défaut.

Villayet de Mossoul. — Rien à Erbil même ; — dans 6 à 7 villages dépendant de ce villayet, environ 229 décès. A Erbil seul, il y a eu en 20 jours environ 1 cas de décès sur 40 habitants.

Au villayet de Van ou de Hekkiari, le fléau existerait dans toutes les tribus Kourdes. Le choléra, sans augmenter, se dissémine dans la Mésopotamie inférieure. Des cordons sanitaires ont été établis entre les villayets; sur ce point, les renseignements sont incomplets. Les chiffres officiels très vraisemblablement sont inférieurs à la réalité en Mésopotamie aussi bien que sur la mer Rouge.Contre le choléra du Hedjaz, l'Egypte a pris les mesures suivantes : 20 jours de quarantaine à Djebel-Zor, avec débarquement des pèlerins, 5 jours d'observation aux sources de Moïse et transit du canal de Suez en quarantaine.

Le choléra n'existerait pas en Russie. — Enfin une dépêche du 10 août annonce 126 décès à Djeddah et 168 à la Mecque.

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux.

Etat nominatif des Docteurs en médecine reçus pendant le mois de juillet 1890 (année scolaire 1889-90).

M. DE FLEURY (8 juillet 1890) : *Contribution à l'étude de l'hystérie sénile.* — M. LECŒUR (9 juillet) : *Contribution à l'étude des luxations exposées de l'épaule.* — M. IAUBERT (21 juillet) : *Etude comparative des divers modes de traitement de la cystocèle vaginale.* — M. DHOMÉ (24 juillet) : *Contribution à l'étude de la résection costale.* — M. LASSELVES (24 juillet) : *Contribution à l'étude de quelques procédés d'intervention dans les positions occipito-postérieures et en particulier du procédé du Dr Loviot.* — M. CHEVALIER (25 juillet) : *La paralysie générale à l'asile de Dijon* (de 1843 à 1889). *Considérations statistiques étiologiques et cliniques.* — M. DUMAS (28 juillet) : *Des sillons congénitaux.* — M. FORGET (30 juillet) : *De la syphilose pulmonaire compliquée d'adénopathie trachéo-bronchique.* — M. FOURQUET (30 juillet) : *Contribution à l'étude de la sciatique réflexe dans les affections des organes génitaux chez l'homme et chez la femme.* — M. CHEVALIER-LAVAURE (30 juillet) : *Des auto-intoxications dans les maladies mentales. Contribution à l'étude de la pathogénie de la folie.* — M. BORDARIES (30 juillet) : *Contribution à l'étude de la neurasthénie.* M. CONIL (30 juillet) : *Contribution à l'étude du développement des ganglions lymphatiques.* — M. VERNET (31 juillet) : *Etude critique sur le traitement chirurgical de la névralgie du nerf dentaire inférieur et en particulier sur la résection.* — M. COMPANS (31 juillet) : *Denucé. Son œuvre scientifique.*

NOUVELLES

FACULTÉ DES SCIENCES DE BORDEAUX. — M. PETIT, docteur ès sciences, préparateur de botanique à la Faculté des sciences de Bordeaux, est nommé chef des travaux pratiques de botanique à la dite Faculté. (Emploi nouveau.)

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE. — Par décret en date du 30 juillet : la chaire de médecine opératoire de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille prend le titre de chaire clinique ophtalmologique. — M. de LAPERSONNE, agrégé des Facultés de médecine, est nommé, à partir du 1er novembre 1890, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — Du 28 juillet. — M. VALLOIS, chef des travaux du laboratoire d'hygiène à la Faculté de médecine de Nancy, est institué, pour trois ans, chef de clinique obstétricale à la dite Faculté, en remplacement de M. Schuhl, dont le temps d'exercice est expiré.

ECOLE DE PLEIN EXERCICE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE NANTES. — M. BERTIN, ancien suppléant à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes, est chargé, pendant l'année scolaire 1890-1891, d'un cours d'hygiène et de médecine légale à la dite Ecole. — M. HERVOUET, docteur en médecine, suppléant à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes, est chargé, pendant l'année scolaire 1890-1891, du cours de clinique médicale à la dite Ecole.

CONCOURS POUR LA NOMINATION D'ÉLÈVES EXTERNES EN MÉDECINE ET EN CHIRURGIE. — Le dit concours sera ouvert le 16 octobre, à 4 heures précises, dans l'amphithéâtre de l'administration centrale, avenue Victoria, 3. Pour les places vacantes en 1891.

DISTRIBUTION D'EAU A TOULOUSE. — Par décret du 8 août dernier, la ville de Toulouse est autorisée à emprunter 5,500,000 francs pour frais de distribution d'eau.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Officier d'Académie : M. le Dr Bonnefé Paul, médecin du lycée de Rodez.

MÉDECINS CONSEILLERS GÉNÉRAUX. — M. le Dr DAVID, député de Puget-Théniers, républicain, vient d'être nommé conseiller général pour le canton de Villars-du-Var (Alpes-Maritimes).

ALLEMAGNE. — Les journaux allemands annoncent que 30 cas de dysenterie cholériforme se sont produits à la prison militaire de Spandau. Quatre soldats ont succombé (*Eclair*, 12 août).

HÔPITAUX DE LYON. — Un concours, pour la nomination de douze internes et d'un nombre à fixer, au moment du concours, d'élèves internes provisoires près les hôpitaux de Lyon, s'ouvrira le lundi 20 octobre 1890. Pour tous renseignements, s'adresser à l'administration des hospices civils de Lyon.

MOYENNE DE LA VIE CHEZ LES MÉDECINS. — Le Dr BIRNBAUM, dans le *Medical Record*, s'est livré à une curieuse étude sur la moyenne de la vie chez les médecins. La moyenne des décès est chaque année de 1 médecin sur 44, tandis que dans la société, sur 15,000 personnes ayant atteint 25 ans, 30 ont dépassé 95 ans et 180, 90 ans. M. Birnbaum n'a trouvé, sur les 15,000 médecins qu'il a statistiqués, aucun de ses collègues ayant atteint 94 ans.

Phthisie, Bronchites chroniques. — EMULSION MARCHAIS.

Dyspepsie. — VIN DE CHASSAING. — *Pepsine.* — *Diastase.*

Dyspepsie. Anorexie. — Ces états pathologiques si fréquents et qui compromettent si gravement la nutrition, sont rapidement modifiés par l'Elixir et pilules GREZ Chlorhydro-pepsiques (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.

Albuminate de fer soluble (LIQUEUR DE LAPRADE) le plus assimilable des ferrugineux (Pr Gubler). Une cuillerée à chaque repas. Chlorose et troubles de la menstruation, c'est le fer gynécologique par excellence.

Précieuse. Source de VALS, très efficace contre les affections du Foie et de la Vessie. (Calculs, Gravelle, Diabète, Goutte, etc.) *Prescrite par les Médecins des Hôpitaux de Paris.*

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS — IMP V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

© ANM

18e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XII. N° 34. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 23 AOUT 1890.

Le Progrès Médical

CLINIQUE INTERNE

Contribution à l'étude de la cachexie pachydermique (*Idiotie myxœdémateuse*) (*fin*) (1);

par le Dr BOURNEVILLE.

RÉSUMÉ NOSOGRAPHIQUE.

SYNONYMIE. — *Idiotie crétinoïde. — Idiotie avec cachexie pachydermique. — Crétinisme sporadique. — Pachydermie crétinoïde. — Idiotie myxœdémateuse.*

CAUSES. — L'idiotie myxœdémateuse est due à *l'absence congénitale de la glande thyroïde*. Parfois, elle peut-être aussi produite par des *lésions pathologiques* de cette glande survenues durant les premières années de la vie. Quelles sont les circonstances qui, dans les antécédents des parents, sont capables d'expliquer ce vice de conformation? C'est ce que nous allons essayer de rechercher sans grand espoir d'arriver à une solution précise. Malheureusement, en effet, la tâche déjà ardue en elle-même est encore rendue plus difficile par l'absence de renseignements suffisants dans les observations de quelques-uns des auteurs.

La *consanguinité* n'a été relevée qu'une seule fois et, dans ce cas, elle était compliquée d'alcoolisme chez les deux grand'mères du malade, qui étaient sœurs. Elle faisait défaut dans les 24 autres cas.

Les *impressions* vives, éprouvées par la mère durant la grossesse et susceptibles de troubler la nutrition du fœtus, n'ont été consignées que dans 4 de nos 25 observations.

L'*alcoolisme* semble exercer une certaine influence. M. Fletcher Beach l'a noté 2 fois sur 8. M. Langdon Down attribue la maladie à l'intoxication alcoolique de l'un ou des deux conjoints au moment de la procréation. Nous ne l'avons jamais trouvé mentionné chez les parents lors de la conception et nous ne l'avons noté, d'une façon générale, que dans 3 de nos observations et encore dans l'une d'elles il n'existait pas chez les père et mère, mais chez les 2 grand'-mères.

La *tuberculose pulmonaire* parait jouer un rôle important. Nous l'avons rencontrée chez le père, la mère, une sœur et une tante du malade de l'OBSERVATION X (1er mémoire); — chez le père de deux autres (OBS. VI et VII ci-dessus); — chez la mère d'un quatrième (OBS. V du 1er mém.); — chez une grand'mère et 8 oncles maternels (OBS. V ci-dessus); — chez 1 bisaïeul, 1 grand-père et plusieurs oncles ou tantes maternels (OBS. VIII ci-dessus). — Le *cancer* est cité chez les ascendants de 4 malades, etc. Les pères de 3 autres (OBS. IV, V et VIII ci-dessus) ont été atteints de *fièvres intermittentes*. — Nous devons noter aussi l'existence d'une *malformation* de l'un des bras chez le père du Pacha (OBS. VI du 1er mémoire); celle d'un *éléphantiasis* de la jambe chez le père d'une autre malade (OBS. IV du 2e mém.). Quant au *goître*, il n'est mentionné qu'une seule fois (OBS. VI, 1er mém.) et encore s'agissait-il d'une cousine au quatrième degré. Nos malades appartiennent tous à des pays où le goitre ne se voit pas à l'état endémique. — Enfin, dans les antécédents de famille de la majorité des idiots myxœdémateux sur lesquels nous possédons des renseignements un peu détaillés, nous avons trouvé des névropathes en grand nombre : aliénés, apoplectiques, hystériques, migraineux, etc.

Sexe et nationalité. — Des 25 malades dont nous avons l'observation, 10 appartiennent au *sexe masculin* et 15 au *sexe féminin*. Sous le rapport de la *nationalité*, ils se répartissent ainsi : 7 anglais, 1 belge, 2 espagnols, 14 français, 1 suédois.

DÉBUT. — D'une façon générale, il semble que tant que dure l'alimentation lactée, les symptômes du myxœdème échappent à l'attention des parents, soit parce qu'ils sont absents, soit parce que, en réalité, ils sont peu prononcés. — Souvent, ils ne s'accusent qu'après une fièvre éruptive, des convulsions ou un traumatisme. Mais, suivant nous, un œil exercé peut les constater dans le cours de la première année, sinon dans les premiers mois de la vie.

SYMPTÔMES. — Un fait extrêmement frappant, c'est que tous les malades atteints d'idiotie myxœdémateuse ont entre eux la plus grande ressemblance : qui en a vu un, les a vus tous. On est là, au moins jusqu'à présent, en présence d'un ensemble de symptômes qui se montre toujours identiquement le même.

Tous offrent un arrêt de développement intellectuel, — l'*idiotie* à des degrés divers, — et un arrêt de développement physique, — le *nanisme* avec des troubles profonds de la *nutrition*.

La *tête* est en général volumineuse en arrière et rétrécie en avant. Le *front* est bas, étroit et déprimé latéralement. La *fontanelle antérieure* persiste, même chez des sujets ayant dépassé la trentaine. Les *cheveux* sont gros, rudes, semblables à des crins, d'une couleur d'un brun ou d'un blond-*roux*, d'ordinaire abondants, sauf en avant, au-dessus des tempes. Le *cuir chevelu* est le siège d'une éruption eczémateuse qui résiste aux soins de propreté les plus minutieux.

La *physionomie* exprime l'apathie, l'hébétude, la laideur ; vue de profil, elle est encore plus hideuse, car le prognathisme s'accuse davantage. Les *paupières* bouffies, pâles, bleuâtres, cachant plus ou moins les globes oculaires, sont atteintes de *blépharite ciliaire*. Le *nez* est toujours camus, quelle que soit d'ailleurs la forme du nez des parents. Les *joues* sont gonflées, pendantes, comme tremblotantes. La *bouche* est grande, Les *lèvres*, dont la portion cutanée est bleuâtre, sont épaisses, l'inférieure souvent renversée. La *langue*, augmentée dans toutes ses dimensions, se montre presque toujours au dehors. Les *dents*, irrégulièrement implantées, sont cariées ; la seconde dentition reste incomplète ou ne s'opère qu'à un âge très avancé. Le *menton* est petit, parfois même on dirait qu'il a été écrasé jusqu'au bord de la lèvre inférieure. Les *oreilles* ne nous ont pas offert de malformations, mais elles sont épaisses, d'une pâleur cireuse, d'aspect œdémateux [illegible] observer toutefois, ainsi que les paupières, les [illegible], l'empreinte du doigt qui les comprime.

(1) Voir *Progrès Médical*, nos 29, 30 et 33.

© ANM

Le *cou* est gros, court, et la tête semble s'enfoncer entre les deux épaules. L'examen le plus attentif pratiqué sur le vivant ne permet pas de découvrir la *glande thyroïde*. Des *masses pseudo-lipomateuses*, mal délimitées, parsemées de ganglions légèrement hypertrophiés, s'observent constamment dans les creux sus-claviculaires, dans les aisselles, quelquefois dans d'autres régions.

Le *thorax* offre d'ordinaire des déformations portant sur les épaules, sur les dernières côtes, déjetées en dehors, et la colonne dorsale plus ou moins déviée. Le dos est voûté.

Le *ventre*, très gros, très large, rappelle l'aspect du ventre des batraciens. Il existe à peu près toujours des *hernies* soit ombilicales, soit inguinales. Le *bassin* est rétréci.

Les *organes génitaux* sont, dans la plupart des cas, sinon dans tous, arrêtés dans leur développement. Les testicules paraissent descendre tardivement et restent petits. Les grandes et les petites lèvres n'acquièrent jamais les dimensions normales.

Les *membres supérieurs* et *inférieurs* sont gros, courts et offrent d'habitude des *incurvations rachitiques*. Leurs articulations sont parfois noueuses. Les mains et les pieds sont souvent cyanosés, ramassés, épais, présentent, en un mot, l'*aspect pachydermique*.

La *peau*, glabre, blanche, sèche, rugueuse, ichthyosique par place, est chez tous le siège d'une éruption eczémateuse assez étendue. A la face, elle est un peu jaunâtre, cireuse, analogue, dans une certaine mesure, à celle des cachectiques et parsemé souvent de taches de rousseur.

La *digestion* s'effectue d'une façon assez régulière. Les troubles qu'on observe de ce côté, s'ils sont constants, sont d'ordinaire légers. L'appétit est très modéré ; souvent ces malades ont de la répugnance pour la viande. La mastication est laborieusee. Les selles sont rares, la constipation habituelle, d'où la présence fréquente d'*hémorrhoïdes*.

La *respiration* chez beaucoup d'idiots myxœdémateux est gênée. Ils s'essoufflent rapidement. L'haleine est désagréable. Le *pouls* est petit, fréquent ; les extrémités, les lèvres, parfois même la langue, sont cyanosées. La *température centrale* est au-dessous du chiffre normal, d'où une vive sensibilité au froid. La *sécrétion salivaire* est quelquefois accrue : il y a de la bave. La *sécrétion urinaire* et la miction nous ont paru normales. La *sécrétion sudorale*, au contraire, s'est toujours montrée imparfaite. Jamais nous n'avons vu nos malades suer, même au moment des plus fortes chaleurs. Tous ont la *voix* rauque, aigre, stridente, en quelque sorte pathognomonique. Leur *démarche* est pesante, accompagnée d'un balancement latéral, d'une sorte de dandinement ; ils ont la plus grande répugnance au mouvement.

La *puberté* ne vient jamais. La barbe fait toujours défaut ; il n'y a pas de poils sous les aisselles ni sur le pénil. C'est tout au plus si on trouve, soit sur les grandes lèvres, soit sur les côtés de la verge, un bouquet de quelques poils. Les règles n'apparaissent pas ou se suspendent après avoir paru une ou deux fois ; les seins demeurent rudimentaires ou sont peu volumineux, flasques, ridés ; les appétits sexuels sont nuls ; l'onanisme, si commun chez les idiots ordinaires, n'a été signalé chez aucun de ces malades.

La *sensibilité générale* est normale. Il paraît en être de même de la *sensibilité spéciale*, autant du moins que l'état intellectuel des malades permet d'en juger. La *parole* est généralement très limitée. Un seul de nos malades parle couramment.

Sous le rapport de l'*intelligence*, tous ces malades relèvent de l'*idiotie*. Un seul pourrait être rangé parmi les *imbéciles* (1). Chez aucun d'eux, toutefois, nous n'avons observé les caractères de l'idiotie profonde, tels qu'ils se rencontrent par exemple dans l'idiotie symptomatique de méningite, de sclérose ou d'un arrêt de développement congénital du cerveau. Ils n'ont pas de tics, ne grimacent pas, ne se balancent pas, ne grincent pas des dents, ne poussent pas de cris, n'ont pas de salacité. Ils sont susceptibles d'attention, ils ont de la mémoire à un certain degré ; ils deviennent propres, apprennent à manger à peu près seuls, à s'habiller, se laver. Leur caractère est doux ; ils semblent susceptibles d'affection.

Maladies intercurrentes. — Nous devons mentionner les *convulsions*, l'*érysipèle*, la *bronchite*, les *hémorrhoïdes* et la *chute du rectum*. D'autres affections, qui se montrent fréquemment chez les idiots myxœdémateux, en constituent, à notre avis, plutôt des symptômes que des complications ; telles sont les *manifestations lymphatiques* ou *scrofuleuses* (impétigo, eczéma, blépharites, kératites, etc.), les *déformations rachitiques*, les *hernies* inguinales et surtout ombilicales.

Maladies terminales. — Les malades dont nous avons réuni les observations ont succombé : 2 à des *érysipèles* compliqués d'autres affections ; 2 à des *convulsions* ; 4 à des *congestions pulmonaires* avec ou sans bronchite ; 1 à une *péricardite* ; 1 à une *néphrite interstitielle* ; 2 au *marasme* (?).

Anatomie et physiologie pathologiques. — Le fait qui domine la situation c'est, à notre avis, l'*absence de glande thyroïde*. C'est à lui que nous rattachons non seulement l'idiotie, mais encore les modifications de la voix, les manifestations scrofuleuses, les déformations rachitiques, la persistance de la fontanelle antérieure, le nanisme, etc. D'où il résulte que la glande thyroïde exercerait une action très importante sur la *nutrition* générale et en particulier sur celle du cerveau dont les circonvolutions ont un aspect gélatiniforme rappelant celui du cerveau des nouveau-nés (2).

Le défaut d'action de la glande thyroïde se traduit pour le système osseux par la persistance de la fontanelle antérieure, le nanisme et les déformations rachitiques (rachis, thorax, os des membres). En ce qui concerne la peau et le tissu cellulo-adipeux, elle se manifeste par des éruptions diverses, une coloration toute particulière, le relâchement des anneaux ombilicaux et inguinaux, une diminution de la fonction sudorale, un état de mollesse spécial et une hypertrophie du tissu adipeux, surtout dans certaines régions.

Le rôle capital que nous faisons jouer à l'absence de la glande thyroïde trouve un appui dans la constatation, à l'autopsie des adultes atteints de cachexie pachydermique, de lésions sérieuses de la glande thyroïde et dans l'apparition de tous les symptômes de la cachexie pachydermique chez les sujets auxquels on a pratiqué la *thyroïdectomie complète* (*myxœdème opéra-*

(1) Il s'agit de Gr... (Emile), dont nous avons publié l'observation dans le compte rendu de Bicêtre pour 1886, p. 11 et dans les *Archives de Neurologie* 1886, tome XII, p. 145. Bien qu'âgé de 32 ans, la fontanelle antérieure persiste encore.

(2) Dans un certain nombre de cas d'idiotie, autres que l'idiotie myxœdémateuse, nous n'avons pas trouvé d'autres lésions que cet aspect fœtal [illegible]

© ANM

toire) (1). Si dans le myxœdème des adultes et le myxœdème opératoire, on n'observe pas des symptômes physiques et intellectuels aussi accusés que ceux qu'offrent les idiots myxœdémateux, c'est que la lésion pathologique (cachexie pachydermique des adultes) ou l'opération chirurgicale (myxœdème opératoire) interviennent alors que le corps s'est développé, que les circonvolutions cérébrales ont atteint leur volume normal et leur conformation régulière.

Enfin, la *physiologie* vient confirmer notre opinion en montrant l'apparition de la cachexie pachydermique chez les singes auxquels on enlève la glande thyroïde (expériences de Horsley) et l'absence de cette maladie chez les animaux auxquels on pratique la thyroïdectomie en même temps qu'on greffe sous le péritoine des mêmes animaux une glande thyroïde empruntée à des moutons (expériences de Schiff) (2).

En résumé, les faits fournis par la clinique médicale et par la clinique chirurgicale, ainsi que les expériences des physiologistes, nous paraissent confirmer la *pathogénie* que nous avons donnée de l'idiotie myxœdémateuse.

Diagnostic. — L'*idiotie* est aisément reconnue et ne peut être confondue avec aucune autre affection. La lecture des observations que nous avons rapportées et du résumé nosographique que nous avons tracé d'après elles, montrent combien l'*idiotie myxœdémateuse* diffère des autres formes de l'idiotie : la présence chez ces malades et leur absence chez les autres des symptômes qui caractérisent la *cachexie pachydermique* rend la tâche des plus faciles.

Mais où peuvent surgir les difficultés, c'est quand il s'agit de distinguer les *idiots myxœdémateux* des *crétins*. Personnellement, nous manquons d'expériences sur ce point. Nos visites à l'asile de Saint-Robert, près Grenoble, et à l'asile de Bassens, près Chambéry, ont été infructueuses. Si nous y avons rencontré des idiots et des imbéciles, nous n'y avons pas trouvé de vrais crétins. Nous sommes donc obligé de nous en rapporter aux descriptions des auteurs et, dès le début, nous sommes amené à constater que les éléments les plus indispensables vont nous faire défaut. C'est qu'en effet les auteurs sont loin de s'entendre sur ce qu'il faut entendre par crétinisme et que, suivant la remarque de l'un des savants qui ont le mieux étudié le crétinisme, M. Baillarger, « l'examen microscopique paraît encore entièrement à refaire (3) ».

La plupart des auteurs considèrent le crétinisme comme une variété de l'idiotie (Pinel, Fodéré, Esquirol, Georget, Rœsch, Massei, Stahl, etc.). D'autres, comme Guggembuhl, Seguin, Ferrus, etc., regardent le crétinisme comme une maladie tout à fait différente de l'idiotie. « Au point de vue pathologique, écrit Ferrus, les crétins sont tellement distincts des idiots qui se rencontrent au milieu des populations saines, qu'il est indispensable de tracer entre eux une ligne de démarcation profonde et qu'il serait impossible de les confondre dans une classification rigoureusement scientifique ». Suivant lui, la principale différence consisterait en ce que « il se développe chez les crétins une *diathèse*, une *cachexie*, un état constitutionnel anormal, auxquels toute l'économie participe, diathèse qui présente un caractère si tranché et des traits tellement spéciaux qu'il faut, de toute nécessité, la nommer crétineuse pour atteindre et fixer la réalité (1) ».

Les *crétins* descendent toujours des goitreux; « la très grande majorité d'entre eux ont un goitre très volumineux, qui, tantôt est congénital, tantôt ne se développe que plus tard et qui, en général, prend un accroissement plus considérable à l'époque de la puberté; il est très rare qu'on n'en trouve pas de trace ».

Les *idiots myxœdémateux* ne proviennent jamais de goitreux, autant que nous sachions; ils n'ont pas de glande thyroïde et partant point de goitre.

« Bien peu de crétins, d'après la Commission Sarde (p. 48), présentent la dégénération du tissu osseux, comme cela a lieu pour les rachitiques ». Cette dégénération, au contraire, est à peu près la règle chez les idiots myxœdémateux.

Le crétinisme se rattache suivant Ferrus à des dispositions générales de l'économie. M. Baillarger exprime la même idée lorsqu'il dit que l'arrêt de développement porte simultanément sur le cerveau et sur l'ensemble de l'organisme. L'idiotie, au contraire, est due à des lésions ou à un arrêt de développement du cerveau. A cet égard, les idiots myxœdémateux pourraient être rapprochés des crétins, car, chez eux, l'organisme tout entier est atteint. Au dire de Ferrus, le crétinisme peut être avantageusement modifié par le changement de lieu, de régime et d'habitudes. Ces influences sont sans effet dans l'idiotie myxœdémateuse.

Les crétins atteignent rarement la cinquantaine et on ne cite que des exemples tout à fait isolés de crétins arrivés à soixante ans ou au delà. Sous ce rapport, les idiots myxœdémateux paraissent ressembler aux crétins; mais il convient de faire remarquer que cette réduction de la durée de la vie est à peu près la règle chez tous les idiots.

Les vagues notions d'anatomie pathologique que nous possédons peuvent être ainsi résumées : Ossification tardive des os du crâne, persistance des fontanelles; — dure-mère épaisse, adhérente; — augmentation du liquide céphalo-rachidien, cerveau asymétrique; — cervelet très petit, irrégulier, asymétrique; — présence d'un goitre, articulations grosses, colonne vertébrale et membres déviés. Dans cette énumération que nous empruntons à M. Baillarger, nous trouvons des lésions qui se rencontrent également dans l'idiotie myxœdémateuse : la persistance des fontanelles, l'épaississement de la dure-mère et les déviations rachitiques du rachis et des membres. Par contre, le liquide céphalo-rachidien n'est pas augmenté; le cerveau est symétrique; le cervelet a un volume normal. Nous avons essayé, dans le tableau qui suit, de résumer comparativement les autres symptômes du *crétinisme* et de l'*idiotie myxœdémateuse*.

Crétinisme.	*Idiotie myxœdémateuse.*
Tête écrasée d'avant en arrière, large à la base, rétrécie vers le sommet, souvent asymétrique, d'où l'aspect d'un cône irrégulier (Baillarger). Les crétins ne présentent généralement pas de protubérance occipitale. (Commission Sarde).	Tête longue, écrasée du front au vertex, large à la base et carrée, symétrique : protubérance occipitale offrant un développement à peu près normal.

(1) Dans notre mémoire de 1886, nous avons consacré tout un chapitre à la *Cachexie pachydermique opératoire*, et, les faits en mains, nous avons démontré que c'est à M. J. Reverdin, de Genève, que revient le mérite de les avoir le premier signalés. Si nous insistons sur ce fait, c'est parce que certains auteurs en attribuent la découverte à Kocher. Or, ce n'est que six mois après M. Reverdin (4 avril 1883), que ce dernier auteur a communiqué son travail au Congrès de Chirurgie de Berlin.

(2) Nous avons donné un résumé des travaux de M. Horsley et de M. Schiff dans notre premier mémoire.

(3) *Dict. encycl. des Sciences méd.*, art. *Crétin, Crétinisme.*

(1) Ferrus. — *Mémoire sur le Goître et le Crétinisme.* Paris, 1851, p. 59.

© ANM

Crétinisme.	*Idiotie myxœdémateuse.*
Cheveux épais, très fournis, courts, presque toujours d'un châtain sale. La calvitie ne se produit guère chez les crétins et leurs cheveux ne blanchissent jamais.	Cheveux gros, rudes, longs, bruns ou blonds roux, calvitie partielle.
Peau de la face et du corps glabre.	
Aspect trapu, ramassé, massif, lourd et épais.	
Tête penchée sur l'épaule ou la poitrine.	Tête penchée.
Physionomie stupide, bestiale.	Phys. apathique, bestiale.
Paupières œdématiées.	Faux œdème des paupières, des joues, des oreilles.
Nez épaté, lèvres épaisses, bouche entr'ouverte, dentition tardive, langue très volumineuse.	
Strabisme fréquent, insensibilité rétinienne. Bléph. ciliaire.	Pas de strabisme; sensibilité rétinienne. Bléph. ciliaire.
Oreilles écartées et épaisses.	Oreilles parfois écartées, jaunâtres, comme œdémateuses.
Lèvre inférieure pendante.	Assez souvent.
Bave.	Bave dans l'enfance seulement.
Mâchoire inférieure débordant la supérieure.	Non.
Mastication nulle.	Mastication assez difficile.
Pas de pseudo-lipomes des joues, des creux sus-claviculaires, des aisselles, etc.; pas de cachexie pachydermique.	Pseudo-lipome des joues, des creux sus-claviculaires, etc. Cachexie pachydermique.
Cou très gros et très court; goitre.	Cou très gros et très court, pas de goitre.
Thorax déformé.	
Seins petits (crétine), volum. et pendants (semi-crétines).	Seins nuls ou petits.
Ventre très gros et ballonné.	Ventre très gros et très large, hernie ombilicale ou inguinale.
Organes génitaux rudimentaires (crétin); ou d'un volume énorme (semi-crétin).	Organes génitaux en général atrophiés.
Membres inférieurs et supérieurs disproportionnés, extrêmement courts ou très longs, décharnés, par points enflés et déformés au niveau des articul.	Membres supérieurs et inférieurs gros, trapus, déformés.
Mains larges, doigts courts et épais, ongles rudimentaires.	Mains et pseds pachydermiques, comme œdématiés.
Pieds volumineux, plats; orteils déformés chevauchants les uns sur les autres.	
Surdité.	Pas de surdité.
Odorat obtus.	Odorat paraissant normal.
Goût dépravé.	Goût normal.
Sensibilité générale obtuse.	Sensibil. génér. conservée.
Indifférence à la température.	Vive sensibilité au froid.
35° à 36°. Voracité très prononcée. Salacité. Selles quotidiennes ou diarrhées. Gâtisme.	36°,5, 37°. Appétit médiocre. Choix des aliments. Constip. Propre, susceptible de le devenir.
Salives et larmes abondantes.	Non.
Sécrétions urinaires normales.	Sécrétions urinaires plutôt diminuées.
Absence de désirs vénér. (crétin); Exagération; Onanisme; Absence de pudeur (semi-crét.).	Absence de désirs vénériens, pas d'onanisme, pudeur.
Rachitisme et Scrofule.	
Dysenterie, gastro-entérite, méningite, hydrocéphalie, affections convul., surtout épilep.; congest. et apopl. cérébr., tuberculoses et affect. du cœur.	Non.
Inaptitude à la marche. Etat semi-paralytique ou paralyt.	Marche lourde. Mouvements lents; possibilité d'une marche même assez longue.
Absence de besoins.	Conscience des besoins.
Sentiments affectifs nuls.	Conservés.
Mémoire relativement développée; caractère en général doux.	
Amour de la solitude. Accès de stupeur. Mutisme ou vocabulaire très restreint. Voix, rien d'indiqué.	Non. Non. Vocabulaire restreint ou parole assez libre. Voix aigre, rauque, stridente, caéactéristique.

Pronostic. — Des 25 malades dont nous avons rapporté l'observation, 12 sont morts: 2 dans la première année, 2 à cinq ans, 1 à sept ans, 1 vers douze ans, 1 à quinze ans, 1 à dix-sept ans, 1 à vingt-quatre ans, 1 à trente et un ans, 1 à trente-deux ans, le dernier à trente-quatre ans. Il semblerait en résulter que les idiots myxœdémateux ont en général une vie très courte. Ajoutons qu'ils sont susceptibles d'être sensiblement améliorés.

Traitement. — Il comprend les moyens *médicaux* et *pédagogiques*. Parmi les premiers, nous citerons l'usage des toniques (fer, quinquina), des antiscrofuleux (sirop antiscorbutique, de raifort iodé, huile de foie de morue, etc.), les bains salés, l'hydrothérapie, la gymnastique.

Quant aux moyens pédagogiques spéciaux, ils embrassent en quelque sorte tous ceux que nous employons dans l'éducation des idiots, depuis les exercices destinés à apprendre à se tenir debout et à marcher, jusqu'à l'enseignement primaire et professionnel (1).

(1) Nous rappellerons en terminant que ce travail a été communiqué à l'*Association française pour l'avancement des sciences*, dans sa session *d'août* 1889. Nous l'avons reproduit ici parce qu'il s'agit là d'une question à l'ordre du jour. (B.).

Service de santé militaire. — Par décret du 29 juillet 1890, sont nommés dans le corps de santé des colonies, pour prendre rang à compter du 1er août 1890 : *Au grade de méd. en chef de 2e cl.* Les médecins principaux de la marine : MM. Quétand (Alfred-Antoine-Ernest). Illy (Jean-Baptiste-Antoine-Maximin). Trucy (Louis-Charles-Victor). — *Au grade de pharmacien en chef de 2e classe* : M. Raoul (Edouard-François-Amand), pharmacien principal de la marine. — *Au grade de médecin principal.* Les médecins de 1re classe de la marine : MM. Thédan (Ernest-Alexandre). Sérès (Bertrand-Flavien). Kieffer (Auguste-Joseph). Debrieu (Marie-Louis-Maurice). Gries (Charles-Pierre-Paul). Cazes (François-Philippe-Marie-Emilien-Louis). Nivard (Jean-Raoul). Bastian (Jean-Joseph-Léon). Le Jollec (Joseph-Marie). Reynaud (Gustave-Adolphe). Auvray (Jean-Eugène-Alexis). Lidin (Lucien-Auguste-Georges). — *Au grade de pharmacien principal.* Les pharmaciens de 1re classe de la marine : MM. Gaudebert (Jean-Jules). Philaire (Gustave-Jules). — Sont nommés dans le corps de santé des colonies avec leur ancien grade et pour prendre rang de la date de leur brevet : *Au grade de médecin de 1re classe* : MM. Vaysse (François-Jean-Hippolyte-Fortuné). Devoti (François). Parnet (Emile-Louis-Marie-François). Pethellaz (Angel-Balthazard-François-Joseph). Guérin (Jean-Hyacinthe-Paul). Aubry (François). Henry (Jules-Médéric-Désiré). Paquier (Emile-Alcée). Merveilleux (Pierre-Firmin-Gustave). Mestayer (Jean-Léopold). Simon (Charles-Jean-Baptiste). — Sont nommés dans le corps de santé des colonies, pour prendre rang à compter du 1er août 1890. *Au grade de médecin de 1re classe* : Les médecins de 2e classe de la marine, MM. Bahier (Mathurin-François-Pierre). André, dit Duvigneau (Charles-Albert). Jollet (André-Alexandre). Garnier (Jacques-Alexis-Victor-Adrien). Castagnon (Jules-Jean-Joseph). Depasse (Ambroise). Vergoz (Henri-Camille-Alphonse). Capus (Bertin-Jean-Baptiste). Lemoine (Henri-Marie-Paul-François). Collomb (Jean-Marie). Rabère (François). Bonnerot (Marie-Arthur-Camil). Barrau (Henri-Marie-Louis-Barnabé). Calmette (Léon-Charles-Albert). Facien (Jules-Joseph-Gaston). Lafage (Julien-Guillaume). Hébrard (Gabriel-Victor-Jean-Pierre). Ricard (Louis-Edouard). Reaucar (Marie-Philippe-Joseph-Eleuthère). Fontaine (François-Jean-Baptiste). Signé (Jean-Abel). Dumas (Jean-Hilarion-Raoul-Saint-Hubert). Gouzien (Paul-Alain-Marie).

Distinctions honorifiques. — Sont nommés *Officiers d'académie* : MM. Doux (G.-F.-G.), pharmacien à Paris. Fabre (E.-L.), docteur à Saint-Pons (Hérault), délégué cantonal. Pallier (J.-B.-M.), docteur en médecine à Paris. Pouget (Claude-Gaspard), docteur-médecin, maire de Laroquebrou (Cantal), délégué cantonal. Issaurat (Albert), docteur à Paris. Weil (J.-E.), docteur-médecin à Paris. Salla (Jean-Baptiste), pharmacien, maire de la Tour (Alpes-Maritimes). Boule (Marcelin), agrégé de l'Université, ancien attaché au Muséum d'histoire naturelle.

Ecole de médecine et de pharmacie d'Alger. — M. Raynaud est maintenu pour un an, à dater du 1er novembre 1890, dans les fonctions de préparateur d'histoire naturelle à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie d'Alger.

© ANM

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Hernies Internes Rétro-Péritonéales.

(Hernies formées dans les Fossettes normales du Péritoine) (1).

Pour terminer l'exposé des points les plus importants du travail de M. Jonnesco, il ne nous reste plus qu'à parler de quelques variétés de hernies, du diagnostic et du traitement.

Hernies péri-cæcales. — Jonnesco décrit autour du cæcum deux groupes de fossettes : 1° la fossette iléo-cæcale et l'iléo-appendiculaire ; 2° les fossettes de formation secondaire : fossettes rétro-cæcales, interne et externe. Les hernies péri-cæcales peuvent se former dans une de ces fossettes. Jonnesco en décrit deux variétés.

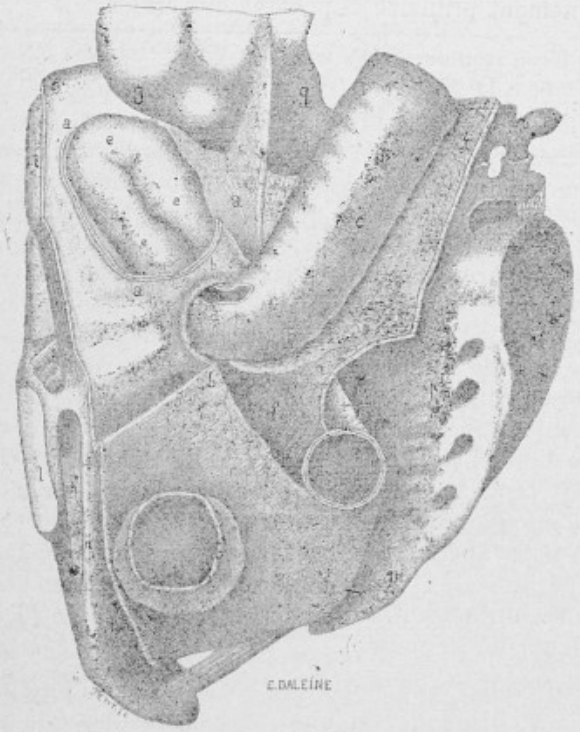


Fig. 23. — Hernie rétro-cæcale petite (Wagner). — *aaa*, sac herniaire ouvert. — *bb*, l'orifice ou collet du sac. — *c*, la portion de l'iléon pénétrant dans le sac. — *d*, endroit de l'intestin perforé par inflammation par suite d'étranglement dans l'anneau ou collet du sac. — *eee*, l'anse intestinale remplissant le sac. — *f*, iléon sortant. — *gg*, les portions coupées du cæcum. — *h*, l'anneau crural avec vaisseaux et nerfs. — *i*, crête iliaque droite. — *l*, la cavité articulaire. — *m*, trou obturateur. — *n*, cartilage de la symphyse. — *oo*, veine ouverte. — *pp*, sacrum, coccyx.

La Hernie *rétro-cæcale* est la plus fréquente (11 cas); le plus souvent petite, très rarement volumineuse, son sac est formé par une des fossettes situées sous le cæcum; il repose sur le fascia iliaca et peut remonter plus ou moins dans la fosse lombaire ; sa face inféro-interne est recouverte par le cæcum déplacé. Le contenu est formé par un segment de l'iléon ou par la totalité de l'intestin grêle (Engel). (Voir *Fig.* 23). La Hernie *iléo-appendiculaire* est très rare ; Jonnesco ne rapporte qu'un cas (Snow).

Treitz croyait à la rareté absolue de ces hernies (il n'en connaissait que 2 cas). Jonnesco montre que cette rareté n'est que relative et il insiste sur l'importance pathologique des fossettes rétro-cæcales (siège presque exclusif des hernies de la région cæcale) que certains auteurs désignent sous le nom de *diverticules insignifiants*.— L'étranglement y est très fréquent.

(1) Voir *Progrès médical*, n° 33.

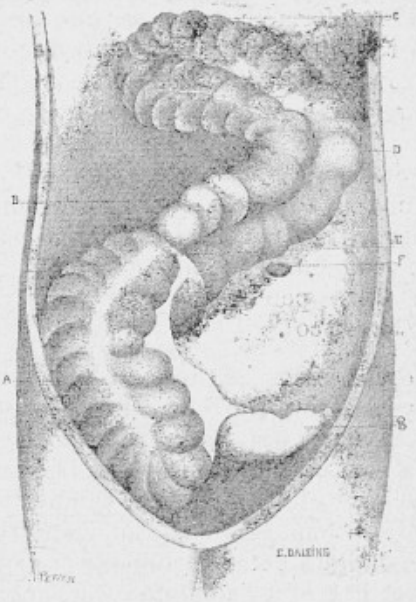


Fig. 24. — Hernie intersigmoïde (Eve). — A, cæcum vu par devant. — B, côlon ascendant. — C, continuation du côlon recourbé sur lui-même. — D, côlon descendant. — E, bandelette fibreuse. — F, orifice du sac (fossette intersigmoïde). — *g*, extrémité inférieure de l'iléon.

Hernie intersigmoïde. — La fossette de ce nom siège au niveau de la racine du mésocôlon pelvien (Jonnesco) (mésocôlon iliaque des auteurs). La hernie s'engage entre les deux lames de ce méso, qu'elle dédouble. Le côlon pelvien (S iliaque) entoure le sac herniaire (Jomini), ou se trouve déjeté à droite (Eve). L'orifice du sac siège près de l'articulation sacro-iliaque gauche. L'orifice et le sac sont entourés de volumineuses artères (Jomini). Tout l'intestin grêle (Jomini) ou une portion de l'iléon (Eve) en forme le contenu. Dans la position normale du côlon pelvien, les anses de l'intestin grêle sont séparées de l'entrée de la fossette intersigmoïde par toute l'épaisseur du mésocôlon pelvien; la hernie ne peut pas se produire. Il faut des conditions spéciales, anormales (relèvement du côlon pelvien et sa fixation dans cette position) et très rares pour que la fossette devienne accessible et que la hernie puisse se produire (Jonnesco). Ceci explique sa rareté.

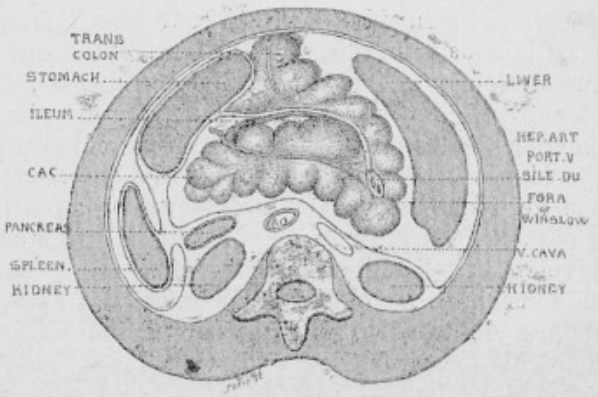


Fig. 25. — Hernie à travers l'hiatus de Winslow (Treves). Coupe (schématique) de l'abdomen au niveau de l'hiatus de Winslow, montrant la hernie en place.

Hernie à travers l'hiatus de Winslow. — Le sac

© ANM

herniaire est formé par les parois de l'arrière-cavité des épiploons, pouvant présenter une solution de continuité (Blandin, Treves). Le bord de l'orifice, formé par l'hiatus de Winslow, renferme tout le pédicule hépatique. Le contenu est formé : tantôt par une portion ou tout l'intestin grêle, tantôt par une partie de *gros intestin* (Majoli, Treves). Malgré la constance de l'hiatus, cette hernie est relativement rare, parce que le côlon transverse cache l'orifice et empêche l'intestin mobile (grêle) d'y pénétrer. Il faut que cette *barrière colique* n'existe plus ; ce qui arrive dans les cas, rares et anormaux, dans lesquels les intestins grêle et gros sont pourvus d'un mésentère commun ; alors seulement les intestins (grêle ou gros) peuvent s'engager dans l'hiatus de Winslow (Jonnesco).

L'*Étiologie* de ces hernies est presque inconnue. Acquises pour les uns (Treitz, Jonnesco), congénitales pour d'autres (Landzert), on les a rencontrées à tous les âges. Elles sont plus fréquentes chez l'homme que chez la femme, chez l'adulte que chez l'enfant.

Clinique. — Jonnesco classe en quatre groupes tous les cas de hernies rétro-péritonéales : 1) Les hernies trouvées par hasard à l'amphithéâtre, sans aucun précédent clinique. 2) Les hernies *latentes*, n'ayant manifesté leur présence pendant la vie que par de légers troubles digestifs. 3) Les *hernies* qui ont donné lieu à des troubles d'occlusion intestinale lente (3 faits). 4) Celles qui sont devenues le siège d'une occlusion intestinale aiguë (18 cas). En laissant de côté le premier groupe, reste à envisager les trois autres cas : La *hernie latente*, caractérisée par des troubles digestifs : constipation, coliques, etc., sera difficilement soupçonnée. « Petite, elle restera certainement ignorée si, à un moment donné, grâce à une complication (péritonite, obstruction intestinale), la hernie ne se charge elle-même de révéler sa présence » (Jonnesco). Volumineuse, l'existence d'une tumeur circonscrite, élastique, cylindrique, donnant l'idée d'un gros kyste un peu mobile, à son clair, siège des bruits intestinaux, etc., pourrait faire établir un diagnostic de présomption.

Les *hernies accompagnées de symptômes d'étranglement interne, lent, chronique*, se caractérisent par « des troubles digestifs prolongés pendant un certain temps avant l'apparition des symptômes nets d'étranglement interne ; l'existence d'une *tumeur* nettement circonscrite, bien délimitée, siégeant dans la région épigastrique dans un cas de hernie à travers l'hiatus de Winslow (Majoli), dans l'hypochondre gauche, dans deux autres H. duodénales. (Staudenmayer, Strazewski). La marche des troubles fonctionnels par *accès* suivis de rémissions, chaque accès *accompagné* d'une augmentation de la tumeur abdominale devenue aussi plus douloureuse. Chaque rémission des troubles fonctionnels retentit aussi sur la tumeur qui diminue de volume et de sensibilité. Il existe dans deux cas des marques certaines de troubles dans la circulation veineuse abdominale (hémorrhoïdes) » (Jonnesco). Les *hernies, cause d'étranglement interne aigu*, sont assez fréquentes. Les signes varient avec chaque variété : Dans les *hernies duodénales*, le siège de la *douleur* au niveau de l'ombilic ou dans l'hypochondre gauche ou droit ; l'existence d'une *tumeur* au même niveau ; tous les symptômes d'un étranglement portant sur les portions inférieures de l'iléon. Dans les *hernies péricæcales*, étranglement à marche très rapide. Douleur et tumeur au niveau de la région iliaque droite. Siège de l'étranglement sur les dernières portions de l'iléon. Dans la *hernie intersigmoïde*, la douleur et la tumeur siègent dans la région iliaque gauche. Dans la *hernie à travers l'hiatus de Winslow* : douleur et tumeur au niveau de l'épigastre. L'étranglement porte soit sur l'intestin grêle, soit sur le gros.

Le *diagnostic de la hernie accompagnée de légers troubles digestifs*, hernie latente, est difficile ; les observations cliniques complètes de ce genre faisant défaut. La *hernie compliquée d'un étranglement interne lent, chronique*, a été diagnostiquée une fois (Staudenmayer), grâce au siège et à la constitution de la tumeur d'une part, et à la marche par accès des troubles fonctionnels, de l'autre.

Quant à la *hernie rétro-péritonéale étranglée*, il est possible de préciser la cause de l'étranglement, c'est-à-dire la hernie rétro-péritonéale et même la variété à laquelle elle appartient ; et cela par deux moyens : les signes fonctionnels et physiques, et l'incision exploratrice de la paroi abdominale (Jonnesco). S'il existe une *tumeur* dont l'apparition remonte au début des accidents, le diagnostic sera facile (Jonnesco). Si la tumeur abdominale manque, les accès antérieurs de douleurs localisées, le siège de la douleur spontanée primitive en un point limité et dont la percursion est très sensible, enfin la détermination du point intestinal étranglé (presque toujours l'iléon) suffiraient à établir le diagnostic (Jonnesco). Dans tous les cas, on aura toujours un autre moyen de parfaire le diagnostic : l'incision exploratrice de la paroi abdominale, soit avec ouverture de la cavité péritonéale : laparotomie ordinaire ; soit sans ouverture du péritoine : incision extra-péritonéale de Bardenheuer (Jonnesco).

Traitement. — Les hernies compliquées d'un étranglement chronique ou aigu sont les seules qui intéressent le chirurgien. Dans les deux cas, il faut écarter tout traitement médical dont l'inefficacité est démontrée par les observations (Jonnesco). L'intervention chirurgicale admise, où et comment faut-il opérer ? Voici la conduite à tenir d'après Jonnesco : Laparotomie médiane ou au niveau de la tumeur ; ne pas ouvrir directement le sac herniaire pour éviter la section des gros vaisseaux qui s'y trouvent ; chercher, en déplaçant le sac, l'orifice herniaire. Si la hernie est petite, se rappeler le siège exact des orifices des fossettes péritonéales, lieu de production des hernies ; par ordre de fréquence : la région duodénale, péri-cæcale, hiatus de Winslow et racine du mésocôlon pelvien. L'orifice herniaire constaté, chercher à déplacer l'intestin et le faire sortir du sac ; si la chose est impossible, éviter tout débridement ou décollement brusque d'une anse intestinale, adhérente au collet, et cela pour écarter une hémorrhagie pouvant devenir funeste. En effet, des gros vaisseaux longent le collet herniaire assez souvent (hernies duodénales ; à travers l'hiatus de Winslow ; intersigmoïde ; iléo-appendiculaire). « En somme, dit Jonnesco, la laparotomie suivie

© ANM

de la recherche méthodique de l'orifice herniaire est le traitement de choix. La taille intestinale ne sera qu'une opération de nécessité applicable aux seuls cas où la laparotomie n'a pas permis de lever l'obstacle et quand celui-ci siège sur une portion pas trop élevée de l'intestin grêle ». M. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 4 août 1890. — PRÉSIDENCE DE M. HERMITE.

Recherches expérimentales sur les troubles nerveux du saturnisme chronique et sur les causes déterminantes de leur apparition, par MM. COMBEMALE et FRANÇOIS. — Chez le chien, les phénomènes nerveux dus à l'intoxication par une dose quotidienne de 0 gr. 01 à 0 gr. 05 de chlorure de plomb surviennent au bout d'un mois environ. Ces phénomènes consistent en accès de peur intense, avec hallucinations ou illusions de la vue et aboiements anxieux, et doivent être rattachés à l'encéphalopathie. Parmi les autres phénomènes nerveux observés, les accès d'épilepsie nettement caractérisés sont certainement les plus importants. Ces accès peuvent survenir isolément ou accompagnent les signes décrits plus haut. Ces accès sont parfois remplacés par des mouvements choréiformes limités à une moitié du corps ou à un membre. Tous les animaux qui ont présenté ces mouvements ont succombé rapidement.

On sait que chez le saturnin, un excès de boisson, une fatigue, font éclater la colique de plomb. Chez le chien, il est facile de faire éclater les attaques épileptiformes en déterminant l'ivresse par l'injection d'alcool.

Sur les combinaisons de l'hémoglobine avec l'acide carbonique et avec un mélange d'acide carbonique et d'oxigène. — M. Ch. BOHR a obtenu une série de combinaisons de l'hémoglobine avec l'acide carbonique (carbo-hémoglobine) analogues avec les différentes combinaisons indiquées par lui entre l'hémoglobine et l'oxygène. En secouant une solution d'hémoglobine avec un mélange d'oxygène et d'acide carbonique, l'hémoglobine fixe aussi bien les deux gaz et cela comme si chaque gaz était seul. L'hémoglobine peut absorber de l'oxygène même en présence de la carbo-hémoglobine la plus riche en acide carbonique ; la quantité d'oxygène absorbée peut correspondre à l'oxyhémoglobine le plus riche en oxygène. Le spectre des solutions de ces combinaisons est le spectre ordinaire de l'oxyhémoglobine. Ces expériences montrent qu'il est possible que l'hémoglobine absorbe de l'acide carbonique dans le sang artériel, bien qu'il soit presque saturé d'oxygène.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 12 août 1890. — PRÉSIDENCE DE M. MOUTARD-MARTIN.

La correspondance comprend un pli cacheté de M. le Dr Galippe (de Paris), ayant trait à une nouvelle méthode de culture pour les parasites des tissus végétaux et animaux.

M. TERRILLON fait une communication sur *l'application de la ligature élastique à l'ablation d'une partie du foie.* Il rapporte l'observation d'une femme de 53 ans entrée à la Salpêtrière dans son service, pour une tumeur de l'hypochondre droit. Cette tumeur, en continuité avec le foie, était volumineuse et très douloureuse ; une ponction exploratrice permit d'affirmer sa nature hydatique, mais sans qu'on puisse obtenir une diminution sensible de son volume. Pour cette raison la laparotomie fut résolue et pratiquée. Par une incision pratiquée parallèlement aux fausses côtes droites, une portion de foie du volume de deux poings fut attirée au dehors. Elle était remplie de petits kystes, et bien qu'elle ne fût pas pédiculée, M. Terrillon jugea son ablation nécessaire. Dans ce but, et pour parer à une hémorrhagie grave, il plaça une ligature élastique constituant une pédiculisation artificielle. Sept jours plus tard la partie malade, qui avait été maintenue au dehors de l'abdomen, put être enlevée, en même temps que la ligature. Des adhérences séparaient la base sphacélée du pédicule de la cavité péritonéale. La cicatrisation était complète après six semaines, et actuellement la malade a repris son existence habituelle.

M. LE DENTU communique l'*examen histologique d'un testicule atteint de lésions éléphantiasiques.* — L'examen histologique a rapport à un homme atteint d'éléphantiasis du scrotum avec induration lymphatique considérable du testicule droit, chez lequel une autoplastie fut pratiquée. On trouvait entre le testicule et ses enveloppes des lacunes remplies d'une sérosité bleuâtre, débris de la tunique vaginale. Une coque fibreuse épaisse entourait le testicule et l'épididyme, pénétrait dans les tubes de l'épididyme et, d'autre part, se confondait avec l'albuginée. Le testicule était mou, mais peu altéré.

Le processus déterminatif est une lymphangite tantôt chronique d'emblée, tantôt après plusieurs poussées aiguës. Les vaisseaux profonds ne sont pas toujours pris, puisque, dans ce cas, les cloisons profondes n'étaient pas altérées. Malgré le nombre des coupes pratiquées, aucune filaire n'a été rencontrée.

Histologiquement, on est en présence d'une sclérose marchant progressivement de la peau vers l'albuginée, caractérisée surtout par l'épaisseur des parois lymphatiques nombreuses et dilatées. La peau est hypertrophiée et la base des papilles entourée de lacunes lymphatiques. Ces lésions sont analogues à celles de l'éléphantiasis des Arabes.

M. GIBIER parle des *propriétés antiseptiques de l'eau oxygénée et de l'ozone.* — En présence de l'eau oxygénée, le virus rabique, provenant de la moelle d'un lapin mort de la rage, perdait entièrement ses propriétés. M. Gibier attribue ce résultat à l'ozone provenant de la décomposition de l'eau oxygénée. *Le glycozone* possède les mêmes propriétés quoique à un moindre degré.

Séance du 19 août 1890. — PRÉSIDENCE DE M. MOUTARD-MARTIN.

M. VERNEUIL communique un second travail sur *la grippe au point de vue chirurgical*, d'où il conclut que la grippe, en sa qualité de maladie générale, infectieuse, peut exercer une influence fâcheuse sur les blessures et les opérations chirurgicales, non seulement pendant la grippe, mais pendant la convalescence. Cette influence se traduit surtout par la tendance à la pyogénie, qui se traduit par des affections inflammatoires diverses, ou la suppuration d'affections antérieures à la grippe. Les systèmes veineux, artériel et lymphatique peuvent être envahis spontanément. Les blessures accidentelles ou opératoires suppurent malgré l'antisepsie. Des plaies cicatrisées se désunissent. La pyohémie grippale, qu'on observe assez souvent, diffère de la pyohémie traumatique en ce qu'elle survient plus souvent spontanément qu'après une plaie, que les abcès métastatiques sont peu nombreux, que les frissons font défaut, et que la guérison paraît moins rare. Etant donnée l'influence fâcheuse réciproque du traumatisme et de la grippe, les chirurgiens, hors les cas d'urgence, devront donc s'abstenir d'opérer, en particulier sur les voies respiratoires. La grippe a aussi une influence fâcheuse sur la marche des tumeurs et sur la grossesse et ses suites.

M. GERMAIN SÉE a observé dans la grippe des endocardites infectieuses simulant la pyohémie. A l'autopsie, on trouvait des streptocoques, que l'endocardite fût végétante ou ulcéreuse, ce qui prouve l'identité de ces deux affections. Récemment, il a observé deux petites épidémies d'angines pultacées ou diphtéroïdes, sans gravité d'ailleurs, et où on a retrouvé les streptocoques, ce qui montre

© ANM

que la grippe n'a pas dit son dernier mot depuis l'épidémie.

M. Guermonprez (de Lille) fait une communication sur la *prothèse des apophyses géni*. Dans l'amputation du maxillaire inférieur, la langue, n'étant plus retenue par les apophyses géni, tombe en arrière et entrave la respiration. On doit donc essayer de les remplacer. C'est ce qu'il a obtenu au moyen d'un gros fil d'argent passant dans les deux portions conservées du maxillaire inférieur. Il porte en arrière un œillet qui forme un solide point d'insertion aux muscles génio-glosses et génio-hyoïdiens qui y sont rattachés par du crin de Florence passé dans leurs portions aponévrotiques.

La prothèse des apophyses géni est donc pratiquement réalisable et s'oppose aux accidents asphyxiques provenant de la chute de la langue en arrière.

M. Cobos lit un travail sur la *respiration artificielle au moyen d'injections sous-cutanées d'oxygène*.

P. Sollier.

ASSOCIATION POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES.

Congrès de Limoges du 7 au 14 août 1890 (*Suite*).

I. — SECTION D'HYGIÈNE.

La Section d'Hygiène, sous la présidence du Dr Drouineau, a entendu les communications suivantes :

M. Thouvenet. — *La crémation et l'hygiène.*
M. Queirel. — *Le bureau de l'hygiène à Marseille.*
M. Drouineau. — *La dépopulation des campagnes.*
M. G. Raymondaud. — *De l'hygiène des porcelainiers.*
M. Queirel. — *La syphilis et la prostitution à Marseille.*
M. Peyrusson. — *De la purification de l'air.*
M. Andouard. — *Projet de filtrage de l'eau de la Loire.*
M. Dechamp. — *De l'aération des chambres de phtisiques.*
M. Monnet. — *Le phénol synthétique, sa préparation et ses propriétés.*
M. Pineau. — *L'île d'Oléron, en Saintonge, considérée au point de vue de l'établissement d'un sanatorium marin.*
M. Cahen. — *Essai sur le choix de l'emplacement des habitations collectives.*
M. Thouvenet. — *Sur un point de l'hygiène des habitations.*
M. Trélat. — *De l'eau de rivière comme boisson.*
M. Geay. — *Avant-projets pour la reconstruction des bâtiments de l'hôpital de Limoges.*
M. Delthil. — *Prophylaxie de la diphtérie.*
M. Delahousse. — *Quelques points d'étiologie de la fièvre typhoïde.*
M. Henrot. — *Des clos d'équarrissage municipaux.*
M. A. Pichon. — *La conservation de la vie humaine.*

La Conférence de M. le Dr Napias avait attiré un nombreux auditoire, suivant avec beaucoup d'intérêt la parole claire et élégante de l'éminent hygiéniste. Le sujet choisi : *les revendications ouvrières au point de vue de l'hygiène*, intéressait spécialement maîtres et ouvriers d'une ville industrielle comme Limoges. « Nous avons le devoir, dit M. Napias, de nous intéresser aux désirs et aux besoins de l'armée du travail. On n'a pas attendu dans notre pays qu'il plût à un empereur de mettre ces questions à l'ordre du jour des préoccupations publiques ; beaucoup d'idées de réformes qu'on commence à juger dignes d'être étudiées sont des idées françaises ; elles sont nées et devaient naître dans ce pays, chez les fils des encyclopédistes et des hommes qui ont fait, il y a cent ans, la Révolution française ». Après avoir passé en revue les efforts faits, les Sociétés d'hygiène créées, les Congrès d'hygiène tenus, depuis 1820 jusqu'à la conférence de Berlin, le conférencier examine successivement les questions qui se rapportent, les unes à l'enfance et à l'adolescence industrielles, les autres à la femme, les troisièmes à l'ouvrier adulte. « Parole insensée, ce proverbe qui dit : *de petit enfant petit deuil*, car il n'est peut-être pas de question plus grave pour l'avenir de notre race que notre faible natalité, ni de protection plus urgente que celle de l'enfance. La loi, actuellement soumise aux délibérations du Parlement, relèvera à 13 ans l'âge d'admission au travail des fabriques et manufactures, et supprimera définitivement, nous l'espérons, toutes les exceptions. »

« S'il est bon d'invoquer la liberté individuelle, il ne serait pas hors de propos d'invoquer aussi la physiologie qui constate entre l'homme et la femme assez de dissemblance pour justifier une réglementation exceptive. Au point de vue purement moral, il faut souhaiter que le temps vienne où la femme sera tout à fait éloignée de l'usine... C'est l'interdiction du travail de nuit qu'il faut d'abord édicter. Il faut rendre la femme à son rôle de mère ; il faut qu'elle rentre au foyer. La santé des ouvrières est plus rapidement et plus profondément atteinte par l'excès du travail industriel que celle des ouvriers... Nous espérons que la loi, quand elle aura passé par la filière parlementaire, contiendra un article très précis qui interdira tout travail industriel aux femmes, six semaines avant et six semaines après la naissance des enfants. Ça sera une sage mesure déjà édictée par diverses législations étrangères à qui nous l'emprunterons... Mais ces législations nous ont emprunté tant d'autres choses ! La question, qui reste discutable, c'est celle qui a trait à la réduction du travail de l'ouvrier. » La réduction à 8 heures de la journée de travail ne semble pas immédiatement réalisable à M. Napias, pour des raisons physiologiques. Il est partisan de la liberté du travail pour les adultes. Si certains travaux, dit-il, nécessitent de la force, d'autres réclament de l'attention ; il faut tenir compte de l'insalubrité du milieu, de l'atmosphère du travail. La variété du travail permet une sorte de répartition générale des pertes subies par l'organisme ; mais si le travail, toujours le même, fait travailler toujours et uniquement les mêmes groupes de muscles, ceux-ci peuvent finir par s'atrophier ; c'est ainsi qu'on a observé quelquefois une paralysie spéciale chez les forgerons, paralysie localisée et due à une atrophie des muscles deltoïdes. Enfin le surmenage physique constitue une prédisposition morbide dangereuse en mettant l'organisme en état de recevoir plus aisément les contagions. Parlant des accidents et des risques professionnels, le conférencier fait valoir que la loi destinée à réparer le mal est insuffisante et devrait être précédée ou, à tout le moins, accompagnée d'une loi destinée à prévenir les dangers et les accidents du travail. A propos de professions à poussières, M. Napias montre graphiquement la fréquence de la phtisie. Les tailleurs de silex, les aiguiseurs d'aiguilles, les tailleurs de limes, de meules, sont au premier rang. Les tailleurs de silex, par exemple, donnent 80 p. 100 de phtisiques. On constate encore que les poussières végétales et animales sont généralement moins dangereuses que les poussières minérales. Et parmi les premières, les brossiers sont le plus souvent frappés, ce qui prouve encore, semble-t-il, la nocuité des poussières dures. Un autre tableau nous montre comment un procédé industriel, qui supprime les poussières, peut amener un progrès hygiénique et économiser la vie humaine (statistique anglaise — aiguiseurs travaillant à sec ou avec l'eau). En terminant, M. Napias parle de la question du logement :

« Assurer à l'ouvrier une demeure salubre, où il puisse vivre et respirer, où il retrouve à l'heure du repas et les jours de repos le doux confort du chez soi, où il se plaise, où la lumière pénètre largement avec l'air, c'est par là que je voudrais voir commencer les réformes d'hygiène sociale. Je vous ai montré, par les expériences de Pettenkofer, que le travailleur entame pendant la journée de travail une part de la provision d'oxygène de son organisme et que c'est à peine si le sommeil pendant la nuit lui permet de refaire cette provision. Mais encore faut-il que dans la chambre où il repose il y ait de l'oxygène à prendre en quantité suffisante, et que l'air qu'on y respire ne soit pas vicié par les méphitismes qui montent des courettes obscures où trop souvent ces pauvres logements sont sensés prendre le jour et l'air. Il faut que disparaissent, de par la loi, ces logis indescriptibles que le Dr Du Mesnil a décrits dans un livre récent sur l'*habitation du pauvre à Paris* ; il faut qu'on édicte pour la construction des habitations, ces mesures d'hygiène que le Dr A.-J. Martin exposait naguère à l'Association française, dans une conférence faite à la session de Nancy. C'est par une bonne loi sur les logements insalubres, — loi depuis si longtemps attendue, — qu'il faut commencer. Il faut, en même temps, assurer la salubrité et la sécurité du travail. Ce sont là des mesures dont tous les travailleurs : hommes, femmes et enfants,

© ANM

sont appelés à bénéficier. Pour les femmes et pour les enfants, il faut persévérer dans la voie où le Parlement vient de s'engager en suivant les indications précieuses de la conférence de Berlin. Pour l'ouvrier adulte, au contraire, tout en désirant de voir le travail réduit à une durée journalière de dix heures, nous souhaitons que la loi n'intervienne pas et que, pour conserver l'enfant à l'école plus longtemps et la femme plus longtemps au logis, l'homme puisse chercher librement, même dans un travail un peu exagéré, un supplément de salaire. « Le travail, a dit Voltaire, « éloigne de nous trois grands maux : l'ennui, le vice et le be- « soin. » Il nous donne aussi de grandes joies qui nous font oublier toutes les fatigues, quand nous travaillons pour ceux que nous aimons. »

[II. — SECTION DES SCIENCES MÉDICALES (*Suite*).

M. TERRIER fait une communication sur l'*asepsie en chirurgie*, en réponse à la dernière communication de M. Lister (1). Il y a une tendance très marquée aujourd'hui, notamment en Amérique et en Angleterre, à remplacer l'antisepsie par l'asepsie, et les résultats qu'on obtient sont souvent remarquables. Les opérations sur des sujets infectés réclament évidemment des procédés antiseptiques; mais il n'y a pas toujours infection et dans ces cas-là il faut s'adresser à l'asepsie. Adepte fervent de Lister au début, M. Terrier est arrivé depuis à combiner l'antisepsie à l'asepsie. A l'aide de pulvérisations à l'eau stérilisée, il abat les poussières de la salle d'opération ; les mains, le champ opératoire, les éponges, le fil à ligature sont stérilisés à la solution antiseptique (bichlorure de mercure au millième ou au demi-millième). M. Terrier n'emploie plus le catgut, ni le tendon de Kanguroo, mais toujours la soie. Les pansements sont ou antiseptiques ou aseptiques. Comme élément aseptique, l'étuve à stérilisation de Wiessnegg, où les instruments sont soumis pendant un quart d'heure et plus à une température de 160°-180°. Les instruments coupants seuls peuvent être altérés ; il faut donc les faire bouillir seulement dans de l'eau stérilisée. Les compresses sont stérilisées dans l'autoclave. L'eau stérilisée est obtenue par le filtre Chamberland et soumise à une série d'ébullitions successives. Pansements aseptiques à la ouate exclusivement. Tablier, blouse, serviettes, etc. des opérateurs sont stérilisés préalablement. Le procédé a déjà donné de bons résultats à M. Terrier dans la cholécystectomie, la cholécystotomie, l'ablation de tumeurs abdominales, etc. Cependant s'il reste encore beaucoup à perfectionner, il convient, en résumé, d'appliquer l'asepsie où faire se peut et de n'employer les antiseptiques qu'au minimum (2).

M. MOSSÉ (de Montpellier) envoie un travail sur *l'action frénatrice de la compression du cou dans les crises bulbaires tabétiques*.

M. J. LEMAISTRE fait une communication sur *les phlegmons péri-amygdaliens*. Ces phlegmons se forment au-dessus et en dehors de l'amygdale. Douleur, pus et constriction des mâchoires. Ces abcès peuvent s'ouvrir spontanément, mais il convient de pratiquer l'incision, non dans l'amygdale, mais à un endroit précis du voile du palais.

M. RAYMONDAUD. — *Paraplégie totale* datant de deux ans, guérie par la suggestion hypnotique. Il s'agit d'une femme de 40 ans, mère de plusieurs enfants, atteinte de paraplégie d'origine hystérique. A défaut d'autres moyens curatifs, l'hypnotisation employée à guérir le sujet au point de lui redonner presque entièrement l'usage de ses membres. Il convient, dit l'auteur, d'interdire l'usage de l'hypnotisation à des personnes insuffisamment éduquées *ad hoc*.

M. BÉCHAMP communique ses *nouvelles recherches sur le lait*, en donnant un résumé de son travail chimico-physiologique. Le lait serait un mixte physico-chimique contenant de la caséine en émulsion, du sucre, etc., et les laits de la série animale seraient identiques. Cela est inexact. La glande mammaire a une fonction spéciale ; les matériaux du lait : caséine, sucre de lait, ne se trouvent pas en cet état dans le sang. Dans l'état puerpéral, cette glande change de fonctions. Le colostrum n'est pas une émulsion, on y trouve des corpuscules granuleux. La membrane des globules laiteux existe ; les phénomènes d'endosmose et d'exosmose par l'éther ou l'eau le démontrent. M. Béchamp a pu les débarrasser de cette membrane ; il a pu également les isoler et les étudier tout spécialement. Le lait dissout plus d'éther que l'eau et l'éther gonfle les globules qui se conservent ainsi pendant longtemps. Les laits de femme, d'ânesse et de vache diffèrent sous le rapport du gonflement des globules et des proportions différentes de nombre. Dans le lait de femme, cette membrane est la plus mince et les globules les plus extensibles. Le lait d'ânesse et celui de femme ne contiennent pas de caséine. Les granulations moléculaires sont les agents de la fermentation du lait au sortir de la glande. Tous les laits contiennent une certaine proportion d'alcool.

M. BOURDEAU D'ANTONY. — *De quelques modifications apportées au manuel opératoire dans le traitement de certaines affections cutanées*.—L'auteur discute les avantages du traitement par scarifications comparé à celui par le thermocautère et recommande ce dernier. Il en a eu de bons résultats dans le traitement du lupus.

M. le Pr POTAIN fait une communication sur *la pathogénie des déplacements du rein*. — Il cite des observations, notamment de M. Lancereaux, et insiste sur ce que l'observation clinique seule peut fournir des données importantes. Souvent les déplacements du rein disparaissent sur le cadavre. Les déplacements ne sont pas rares ; M. Potain les a observés 39 fois sur 4,000 cas examinés. Les douleurs sont violentes, les accidents réflexes graves. On a observé surtout jusqu'alors la descente par glissement. Le rein se rapproche de la fosse iliaque où il acquiert une mobilité anormale et s'y loge parfois. Le diagnostic n'est possible qu'avec une palpation spéciale bi-manuelle. M. Potain a observé surtout le déplacement qu'il appelle antéversion du rein. D'oblique au début, le rein devient presque horizontal. Une palpation au diagnostic plus soignée est nécessaire et le diagnostic doit être différentiel entre un kyste hydatique, une tumeur du foie, du pylore ou l'antéversion. Dans la palpation, la main antérieure reçoit la propulsion par la main postérieure. Une pression trop rapide, en provoquant une contraction musculaire, peut amener un simulacre de tumeur, une pression trop lente ne fait rien sentir. Il faut donner aux mains une position oblique. La pathogénie est obscure encore. Les cordons de jupe, le corset, l'émaciation, le relâchement des parois abdominales, jouent bien un rôle, mais pas le principal. Celui qu'on fait jouer à l'abaissement ou à la déviation utérine rencontre des objections. Or, souvent M. Potain a constaté des coliques hépatiques et réitérées chez ses malades, ainsi qu'une péritonite localisée, ou bien encore des coliques cystiques, calculeuses. Le processus inflammatoire, qui résulte de ces irritations, se propageant et gagnant l'enveloppe cellulo-graisseuse du rein, celui-ci a son extrémité inférieure relâchée et se déplace. Dans l'abaissement par glissement du rein, la colite muco-membraneuse chronique est la règle, surtout chez la femme. M. Potain l'a trouvée 14 fois sur 25 malades et cette affection est probablement la cause de l'abaissement.

M. HENROT cite un cas de déplacement du rein, avec douleurs intolérables et accidents suraigus, chez une femme qu'il a guérie par le taxis, dans une position spéciale pour pratiquer le massage de l'abdomen.

M. TEISSIER a recueilli 54 observations de rein glissé. Dans un cas il y eut simulacre d'un anévrysme de l'aorte; dans 2 autres, simulacre de la vésicule biliaire ; dans un autre, diagnostic d'un cancer du pylore. Le fait important signalé par M. Potain est l'inflammation du côlon ou des voies biliaires.

M. POTAIN dit que le traitement par taxis est bon, mais qu'il convient de s'adresser aux affections relevant de la pathogénie. Le déplacement du rein gauche est beaucoup plus rare que celui du rein droit, ce qui est en rapport avec les affections des voies biliaires et les relations du côlon, qui ne sont pas les mêmes à gauche et à droite.

M. CHÉNIEUX. — *Ablation d'un polype naso-pharyngien avec trachéotomie préalable*. — Il n'y a pas toujours possibilité d'attaquer le polype par la voie palatine. Le sinus maxil-

(1) A rapprocher de la communication de von Bergmann, au Congrès de Berlin.

(2) On trouvera des détails plus circonstanciés sur ce sujet dans le travail en cours de publication dans ce journal : l'*Asepsie et l'Antisepsie à l'hôpital Bichat*.

© ANM

laire gauche étant envahi avec les deux narines, on a pratiqué la trachéotomie. En présence d'une syncope respiratoire à la suite de quelques bouffées de chloroforme, l'ablation fut remise à 5 jours plus tard et réussit. Le pharynx put être bouché et les bronches ne recevaient pas le sang. La fente ptérygo-maxillaire ayant conservé un prolongement, on procéda à une opération subséquente. En résumé, la trachéotomie préalable, permettant le bénéfice de la chloroformisation, doit être recommandée.

M. RAYMONDAUD. — *Sur un cas de péritonite puerpérale traitée par la laparotomie.* — Une observation sur une femme de 22 ans. Température 43°8. Injections intra-utérines. Au 12e jour, douleur dans le ventre, diarrhée, appétit faible. Au 16e jour, matité de l'abdomen, sensation de flot, douleurs augmentant par la pression, simulacre de phlegmon dans la fosse iliaque. Intervention au moment de l'imminence redoutée d'un phlegmon métastatique. Le péritoine est débarrassé de la gelée et arrosé de 7 à 8 litres de solution au 1000me de sublimé sans intoxication. Guérison.

M. DÉRIGNAC. — *Ictère à forme grave, guéri par l'antisepsie gastro-intestinale.* — Le traitement employé, acide salicylique en cachets avec lavements adjuvants, a fait disparaître l'anorexie, la diarrhée, etc., au 4e jour.

M. TEISSIER rapporte deux cas analogues qu'il a vu s'amender par le traitement au naphtol α. La température tombe de 41° qu'elle était, les sueurs profuses et l'albuminurie disparaissent pendant que les urines acquièrent une teinte verte.

M. DE FONT-RÉAULX lit un travail *sur les sorciers limousins, un de leurs procédés pour réaliser leurs sinistres prédictions.* — Il cite plusieurs cas de sorciers criminels, empoisonneurs contre lesquels la justice devrait sévir impitoyablement.

M. LESAGE. — *Sur le choléra infantile et le poison cholérique.* — Sur 312 cas de diarrhée observés quelconques, on a trouvé 21 cas seulement de choléra infantile véritable, et 62 cas de variétés d'infection. M. Lesage a déterminé un microbe cholérique infantile spécial qui, en culture dans du bouillon, donne le choléra expérimental. En neutralisant le bouillon de culture, on peut y reconnaître la présence d'une ptomaïne d'aspect de matière grasse. Ce corps gras donne par inoculation les symptômes du choléra expérimental avec l'algidité caractéristique. Contrairement au bacille de Koch, l'animal n'a pas besoin d'être préparé, par un traitement à la soude, à cette inoculation. Or, le bacille virgule donne naissance, dans le bouillon de culture, à une même ptomaïne qui se présente également sous forme de matière grasse. Les choléras seraient ainsi dûs à une même et unique ptomaïne. Quoique le choléra asiatique et l'infantile soient des maladies d'intoxication différente, il y a identité clinique entre les deux.

M. A. BLOCH fait une communication sur *la pathogénie des affections cardiaques de croissance et de surmenage.* Si les affections cardiaques de surmenage sont généralement admises, il n'en est pas de même de celles qui accompagnent la croissance. On les trouve cependant assez souvent déjà vers l'âge de 10 à 12 ans, mais, en général, elles ne deviennent manifestes que vers 17 ans. Ces affections sont des hypertrophies vraies, s'accusant par leurs symptômes physiques et fonctionnels. La croissance n'en est que la cause occasionnelle, la cause première étant une prédisposition morbide par hérédité dissemblable. On constate, en effet, chez les ascendants, la tuberculose pulmonaire, la neurasthénie et l'alcoolisme, et ces maladies transmises héréditairement se transforment chez les descendants. Les hypertrophiés du cœur par croissance sont presque tous des névropathes et présentent souvent des anomalies physiques telles que malformations craniennes, faciales ou dentaires, asymétrie des oreilles, déformations de la cage thoracique, nodosités à l'articulation phalango-phalangienne, anomalies qui permettent de les ranger parmi les dégénérés avec tare héréditaire. L'hypertrophie cardiaque peut être totale, ventriculaire droite et gauche. L'hérédité morbide dissemblable peut produire ainsi, outre les palpitations nerveuses, l'hypertrophie et la dilatation cardiaques et même la myocardite qu'on a constatée chez les cardiaques par surmenage.

M. H. LELOIR communique un travail sur *l'histologie pathologique et la nature du lupus érythémateux.*

M. ARNAUD. — *Le glycogène du sang ou glycogène hématique.*

M. DEBIERRE. — *La topographie crânio-cérébrale.*

M. BUTTE. — *L'état de la fonction glycogénique du foie au moment de la mort dans quelques maladies.*

M. CRITZMANN. — *Une forme gélatineuse ou myxomateuse de la tuberculose. Hygroma tuberculeux à type myxomateux.* — Aux deux types évolutifs du tubercule dont l'un, décrit par M. Grancher, montre la transformation fibreuse, il convient dorénavant d'en ajouter un troisième : la transformation myxomateuse, déjà entrevue par Laënnec. Le cas observé par M. Critzmann est celui d'un kyste poplité accompagnant une tuberculose de l'articulation du genou droit. Le contenu du kyste était un myxome pur et nullement une dégénérescence muqueuse simple. Pas trace de bacille. Paroi kystique infiltrée d'un grand nombre de tubercules. Aucune des nombreuses coupes ne montra le bacille de Koch. Quatre cobayes inoculés succombèrent à une tuberculose généralisée des plus nettes avec bacilles dans la rate et le foie. Il faut donc admettre l'existence de 3 variétés d'hygroma tuberculeux : fongueux, à grain riziforme et l'hygroma tuberculeux à type myxomateux. La nature tuberculeuse de certains kystes synoviaux à gelée de groseille ne tardera pas à être connue. Cette observation prouve encore que le myxoma est peut-être une production tuberculeuse et que la définition du myxoma, comme toutes celles tirées de l'aspect macroscopique d'une lésion, est loin d'être suffisante. Les grains riziformes et la substance myxomateuse constituent deux dérogations à l'évolution caséeuse ou fibreuse du follicule tuberculeux.

M. TEISSIER rappelle l'éclosion spontanée de la tuberculose chez le cobaye au bout de 4 à 5 mois.

M. CRITZMANN répond que cette tuberculose est surtout pulmonaire, tandis qu'il l'a observée généralisée dans ses expériences. (*A suivre*).

G. CAPUS.

Xe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

Session de Berlin (4-10 août 1890) *(suite)*.

SECTION DE CHIRURGIE.

M. SCHUKART (Stettin) a présenté une malade atteinte — à la suite d'une *périty phlite* suppurée et incisée par les voies iliaque et lombaire, mais ayant déterminé une suppuration prolongée — d'une *pleurésie* à streptocoques. On lui fit la résection des côtes. Aujourd'hui elle est bien guérie de ces deux affections.

M. BIONDI a fait une communication sur la *physiologie pathologique du corps thyroïde.* L'idée principale de son travail est la suivante : Quand on fait l'extirpation intra-capsulaire de cette glande, il persiste toujours des petits îlots de tissu sur la face externe de la capsule. Ces petits îlots se développent ensuite, et c'est là la raison de l'absence d'accidents post-opératoires quand on procède ainsi.

M. ROSANDER (de Stockholm) lit un mémoire sur la *thyroïdectomie en Suède.* Le goitre est rare dans ce pays, mais endémique dans certaines localités. Pour le goitre parenchymateux, il emploie les injections iodées. La thyroïdectomie totale n'est pas si mauvaise qu'on s'est plu à le dire. Certes, si le goitre est jeune, on a, après l'opération, de la cachexie strumiprive ; mais, s'il est vieux, on n'en a pas. Dans ces cas, le corps thyroïde est suppléé par la rate. Il a fait 32 thyroïdectomies totales sans accidents ultérieurs.

M. KOENIG (de Göttingen) a recommandé le premier la *laparotomie d'emblée pour la tuberculose péritonéale.* Il a rassemblé tous les cas d'intervention de cette sorte. Sur 131 observations, dont 31 personnelles et complètes, il y a seulement 4 morts et 3 améliorations ; toutes les autres malades ont guéri. Il s'agissait de la *forme ascitique* de la tuberculose péritonéale. Y a-t-il guérison anatomo-pathologique, comme il y a guérison clinique ? Deux observations prouvent que les lésions peuvent disparaître. Dans la majorité des cas, il y avait aussi tuberculose de l'intestin.

M. How. MARSH (Londres) a fait avec succès *deux laparotomies chez deux enfants* : l'un avait 7 mois, l'autre 9 mois. Les insuccès chez les enfants tiennent à ce qu'on n'opère pas dès qu'il y a une indication nette et à ce qu'on attend trop.

© ANM

M. le Dr J. Albarran (Paris). — *Sur le rôle des psorospermies dans le développement de plaques épithéliales et de certains épithéliomas de la vessie.* — J'ai l'honneur de présenter au Congrès trois cas de psorospermose vésicale chez l'homme. Dans une première observation, il s'agit d'un homme mort d'hypertrophie de la prostate, avec infection urineuse, dans le service de M. le Pr Guyon, en 1889. Ce malade n'avait présenté aucun symptôme particulier; mais, à l'autopsie, je trouvai au niveau du bas-fond et de la paroi latérale gauche de la vessie une plaque mamelonnée verruqueuse, sans aucune excroissance villeuse. Sur les coupes microscopiques on remarque, au niveau de cette plaque, que l'épithélium de la vessie a proliféré et qu'il envoie dans la sous-muqueuse des prolongements épithéliaux assez réguliers pour donner à la coupe un aspect papillaire. Parsemées dans la couche épithéliale et dans les bourgeons de celle-ci on voit des psorospermies peu abondantes, mais nettement reconnaissables à leur grand volume, à leur contour si net, à leur protoplasma granuleux souvent séparé de la membrane externe par un espace clair. Dans mes deux autres observations, il s'agit d'épithéliomas villeux de la vessie dont l'un a été extirpé l'année dernière chez le vivant par M. Guyon, et l'autre recueilli dans une autopsie récente; tous les deux sont des épithéliomas pavimenteux sans formations cornées, comme cela est de règle dans la vessie, et dans tous les deux on trouve, parsemées dans les masses épithéliales, des psorospermies très faciles à reconnaître. Ces parasites sont surtout très abondants dans la tumeur recueillie à l'autopsie et on en trouve plusieurs qui sont contenus dans l'intérieur des cellules épithéliales, dont le noyau se trouve refoulé à la périphérie. La forme des organismes est la même décrite plus haut dans le cas de psorospermose mamelonnée; mais j'ai pu distinguer, dans plusieurs endroits, un autre stade de développement du sporozoaire, représenté par des kystes ovalaires contenant un grand nombre de noyaux. Je crois que ces trois observations présentent un intérêt général au point de vue de l'origine parasitaire du cancer. Depuis que mon maître Malassez reconnut, le premier, sur mes préparations et sur celles de M. Darier, l'existence des psorospermies, un grand nombre de travaux ont été publiés. Dans la peau, on connaît bien la prolifération épithéliale dans la psorospermose folliculaire végétante de Malassez et Darier. On sait aussi que, dans la maladie de Paget, on trouve souvent des psorospermies et que cette maladie peut se transformer en un véritable épithéliome de la mamelle contenant ces Coccidies (Darier, Wickham, Hutchinson). En ce qui regarde l'existence de ces parasites dans les épithéliomas, je rappellerai que les deux premières observations ont été publiées par moi, en avril 1889, à la Société de Biologie de Paris; dans toutes les deux on avait affaire à des épithéliomas cornés de la mâchoire, sans connexion avec la peau, et ce fut sur les préparations que j'avais faites d'une de ces tumeurs que, dès 1885, M. Malassez avait reconnu la présence des psorospermies. Depuis, M. Cornil a vu des Coccidies dans le cancer de l'utérus; Wickham dans un épithélioma du nez et Thoma (de Dorpat) dans le cancer du sein en dehors de la maladie de Paget. A cet ensemble de faits, j'ajoute aujourd'hui une psorospermose vésicale mamelonnée comparable à la maladie de Paget dans la mamelle, car elle ne représente que le premier degré dans le développement d'un épithélioma, et deux cas de véritable carcinome de la vessie. En dehors de ces faits, on sait que dans le foie du lapin les psorospermies déterminent la prolifération des canalicules biliaires et que le Molluscum contagiosum des oiseaux est déterminé par ces parasites. Je n'insiste pas sur les nombreuses observations dans lesquelles on voit, dans les épithéliomas, ces formes cellulaires si bien décrites par Malassez sur lesquelles Vincent est revenu dernièrement, et qui sont probablement des psorospermies. Lorsqu'on trouve les psorospermies dans toutes ces prolifératons épithéliales diverses, il est difficile de ne pas admettre une relation de cause à effet, un rapport direct entre l'irritation produite par ces organismes et les néoformations épithéliales. La preuve directe par la culture et l'inoculation manque encore, mais on peut dès aujourd'hui dire qu'il existe chez l'homme une série de carcinomes de différentes régions du corps qui paraissent reconnaître pour cause le développement des psorospermies.

SECTION DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE.

M. le Dr Finger (de Vienne). — *Diagnose, prognose et traitement de la gonorrhée chronique chez l'homme et chez la femme.*

M. Jullien (Paris). — Parmi les complications de la blennorrhagie chronique, il y en a de bien connues, comme l'orchite aiguë, le cystite aiguë, la sclérose du canal de l'urèthre, etc. M. Jullien en cite une autre bien plus rare, les *hémorrhoïdes du col de la vessie* : il en rapporte une observation; le diagnostic est basé sur la coïncidence d'un flux hémorrhoïdal et d'une hématurie. Pour le traitement de la blennorrhagie chronique, M. Jullien recommande la nitrate d'argent en solution à 1 0/0, 2 0/0, 3 0/0, employé en instillations; il se sert aussi du sublimé à 1/1000, 1/500 et même 1/100. Le traitement dure longtemps; il faut souvent 30 à 40 instillations avant d'obtenir la guérison.

M. Oberländer (Berlin) montre des photographies d'uréthrite chronique obtenues à l'aide de l'endoscope.

M. Zulzer (Berlin) montre des appareils peu pratiques pour laver l'urèthre et la vessie.

M. le Dr L. Casper (de Berlin). — Le pronostic des uréthrites postérieures est bon en général. Les lavages au nitrate d'argent à 1/1000 et même 1/400, pratiqués au-dessus du cul-de-sac du bulbe, sont à recommander. Il a employé tous les moyens connus; il avoue qu'il y a des cas qui résistent à toute sorte de traitement. Comment faire pour reconnaître ces cas? Pour M. Casper, deux conditions sont nécessaires pour qu'une uréthrite chronique postérieure soit dite impossible à modifier par les procédés connus jusqu'ici : 1° Absence des gonococci de Neisser; 2° Absence d'exacerbations du côté de la vessie après des excès divers.

M. Albarran a observé, chez M. le Pr Guyon, un cas d'hémorrhoïdes du col de la vessie. Il s'agissait d'un malade ayant tous les symptômes d'un néoplasme vésical; par la taille hypogastrique on constata qu'il n'avait que des varices du col. — Pour traiter l'uréthrite chronique, il faut d'abord explorer le canal. Souvent il y a un *rétrécissement large*, qu'on ne perçoit qu'à l'aide d'un gros explorateur à boule. Ce rétrécissement entretient la blennorrhagie. Parfois même le méat seul est en cause; il est étroit et de la fosse naviculaire vient un écoulement intarissable. On fera, dans ce cas, la *méamotomie* ou la dilatation avec les Béniqué. Quand il n'y a pas de rétrécissement ou après avoir guéri celui qui existe, on emploiera la méthode de M. Guyon (instillations de nitrate d'argent à 2 0/0 et même 5 0/0 dans l'urèthre antérieur et postérieur). On ne se servira pas de sublimé, même à 1/1000, car il détermine des douleurs et de la cystite du col. Pour les cas qui résistent, on tentera le grattage de l'urèthre postérieur avec la curette uréthrale de M. Guyon, construite par Collin. M. Albarran cite un cas rebelle qui a été guéri après deux séances de grattage. On fera, au préalable, une instillation de cocaïne.

SECTION DE PHYSIOLOGIE.

M. Steinhaus a *oblitéré expérimentalement le canal cholédoque* chez des cobayes, et a trouvé que : 1° quelques heures après l'oblitération apparaissent déjà des foyers nécrosiques dans le parenchyme du foie; 2° que 24 heures après l'oblitération, le parenchyme normal qui entoure ces foyers et l'épithélium des canaux biliaires commencent à proliférer; 3° que plusieurs jours après l'oblitération on trouve d'innombrables figures syssoliques dans tout le parenchyme du foie; mais ces dernières systoses ne mènent pas à une prolifération du parenchyme, puisqu'elles se déconstituent dans les premières phases du procès de division; 4° que dans le système vasculaire du foie il y a ralentissement de la circulation qui, s'unissant au processus nécrosique dans les parois des vaisseaux, amène des thromboses; 5° que la nécrose du parenchyme après l'oblitération peut être expliquée par l'influence de la bile stagnante sur les cellules affaiblies par la mauvaise nutrition (ralentissement de la circulation); 6° que des kariomitoses « primaires » du parenchyme entourant les foyers nécrosiques et les canaux biliaires, sont probablement un signe d'irritation (Reizerscheinung), tandis que les mitoses « secondaires » dans tout le parenchyme un signe de régénération (Regenerationserscheinung).

© ANM

SECTION D'ORTHOPÉDIE.

M. le Dr Bilhaut (de Paris). — *Traitement précoce du pied bot congénital.* — Après avoir exposé quelques généralités sur le pied bot congénital, sa pathogénie, ses lésions anatomo-pathologiques et son traitement chirurgical, l'orateur émet l'avis que la cure de cette malformation serait des plus simples, si l'on n'avait la fâcheuse habitude de laisser s'écouler plusieurs mois, quelquefois même plusieurs années, avant de s'occuper de cette difformité. Pour le Dr Bilhaut, tout pied bot congénital devrait être soigné dès les premières semaines qui suivent la naissance. A cette époque la réduction est facile; elle n'exige aucune opération sanglante, aucune manœuvre de force. Quand le pied a été convenablement réduit, il faut le laisser plusieurs semaines dans sa nouvelle attitude. Trente observations publiées en partie dans les Annales d'Orthopédie ont permis à l'auteur de poser les conclusions suivantes : 1° le traitement le plus efficace contre le pied bot est le traitement précoce; 2° il est absolument inoffensif; 3° le redressement doit être complet ; le pied doit être amené à l'angle droit, et maintenu dans cette position jusqu'à guérison; 4° quand on fait l'immobilisation, on doit placer le pied dans une situation exactement semblable à celle du pied sain et ne pas transformer une déviation en une autre; 5° des divers appareils à employer, le plus utile c'est le bandage roulé avec attelle contentive en gutta percha ; 6° chez le nouveau-né, les opérations sanglantes sont inutiles, parfois dangereuses, et le redressement manuel suffit.

SECTION D'OTIATRIE.

M. Gellé (de Paris). — *Otite et paralysie faciale.* — Se basant sur l'analyse de 31 observations, l'auteur étudie les rapports de l'otite et de l'hémiplégie faciale pour le rôle de ces deux affections dans la genèse des troubles fonctionnels auditifs. Il montre l'otite moyenne préexistant ou accompagnant la paralysie dans la plus grande partie des cas, et tous les symptômes, ouïe douloureuse, surdité, vertiges, bourdonnements, évoluant suivant les phases, les retours, les redoublements de l'affection otitique. Il rapporte la paralysie faciale douloureuse à l'otite moyenne concomitante, et indique à ce point de vue la fréquence et la valeur diagnostique des névralgies faciales persistantes, avant l'apparition de l'accident paralytique. L'ouïe douloureuse s'explique par l'état névropathique du sujet, par les douleurs otitiques du début et par la parésie du stapédius qui laisse sans frein l'action du tenseur; mais cette dernière ne suffit pas à la produire, puisqu'on ne trouve pas d'hyperesthésie auditive dans la paralysie faciale sans lésion otique (obs.). L'auteur a étudié l'état de la motilité des muscles intra-tympaniques, tantôt dans la période otitique, tantôt dans la phase paralytique ; au moyen des pressions centripètes exercées sur l'oreille saine, il provoque les contractions du tenseur du côté paralysé; or, il a constaté que dans le début (période otitique), ce muscle ne répond souvent plus à l'excitation synergique des pressions ; plus tard, au contraire, celle-ci passée, son jeu est normal. Le muscle stapédius est parésié, mais non pour tous les modes d'excitations, car l'auteur prouve qu'il joue encore dans « le bâillement » son rôle d'antagoniste du tenseur, puisqu'on constate que le son du diapason vertex n'est pas atténué, ce qui est l'état normal. Le contrôle de ces expériences a pu être fait au moyen des contractions synergiques provoquées dans la mastication par la contraction des peauciers de la face, etc. L'auteur conclut de ces observations au rôle pathogénique important de la lésion auriculaire et montre son influence au point de vue du pronostic. L'indépendance des deux phénomènes morbides dans leur évolution apparaît nettement dans ce travail ; la paralysie peut rester; l'otite et ses suites disparaissent ou *vice versâ*. Pour les cas à récidives, l'action de l'otite est évidente. Au point de vue du traitement, l'auteur recommande au début, à la période otitique (laquelle dure quelquefois longtemps après l'apparition de la paralysie), une médication antiphlogistique ; la meilleure est la paracentèse large et profonde du tympan ou l'incision de Wilde sur l'apophyse mastoïde (lieu d'élection des douleurs qui précèdent la paralysie faciale).

M. Gellé (de Paris). — *Audition et paralysie faciale.* — L'auteur a pu étudier plusieurs cas de paralysie faciale d'origine non otitique au point de vue de l'audition, et compare les résultats avec ce que lui a appris l'examen dans la paralysie faciale avec lésion auriculaire. Il constate : l'absence de troubles fonctionnels, il n'a vu ni vertige, ni bourdonnement, ni audition douloureuse, ni surdité dans ces cas où la paralysie était causée par une lésion des centres nerveux. Seulement, au moyen du diapason vertex, il a trouvé que la perception cranienne est latéralisée du côté de la paralysie faciale, effet de la tension du tympan sous l'influence de la prédominance du stapédius. Il a constaté l'intégrité des mouvements du tenseur. Mais, dans un cas qu'il publia *in extenso*, il a constaté la perte des réflexes tri-auriculaires d'accommodation ; et, comme l'oreille saine avait également perdu ce réflexe, l'auteur est amené à conclure que la lésion cause de la paralysie faciale au foyer même du réflexe, au bulbe sans doute. Le jeu du stapédius a été trouvé normal dans le bâillement. En effet, le son du diapason vertex reste d'une intensité égale pendant le bâillement, qui atténue vivement le son du diapason aérien. Au contraire, les oreilles du sujet ont été examinées au point de vue des mouvements de l'appareil de transmission et trouvées absolument saines. Ainsi, la paralysie du facial aurait une action très faible sur l'audition, et seule serait insuffisante à causer le phénomène de l'ouïe douloureuse.

SECTION DE PATHOLOGIE INTERNE.

MM. de Renzy et E. Reale (Naples). — *Sur la cause et le traitement du diabète sucré.*— Voici les conclusions de leurs expériences : 1° Le diabète peut être provoqué par l'extirpation de certains organes : le pancréas, le duodénum, les glandes salivaires. La glycosurie consécutive à l'ablation du pancréas ne survient que dans le 75 0/0 des cas. Il est probable qu'il existe dans l'organisme un ferment qui se trouve en quantités variables dans différents organes et qui empêche la transformation du sucre. Le traitement doit être diététique : le régime végétal (légumes verts) ou un régime animal.

M. E. Reale. — *Sur le passage du phénol dans l'urine* — Dans l'intoxication aiguë par l'acide phénique on trouve le phénol libre dans l'urine ou combiné à un alcali ou à l'acide phosphorique.

M. Symon Eccles expose ses travaux sur le *traitement de la diarrhée chronique par le repos et le massage abdominal.*

SECTION D'HYGIÈNE.

M. le Pr Loeffler lit un rapport *sur la prophylaxie de la diphtérie.*

M. le Dr Roux (de Paris) insiste sur l'importance d'un diagnostic exact et hâtif ; il montre les avantages que l'on peut retirer à ce point de vue de l'examen bactériologique. La présence du bacille diphtérique dans la bouche longtemps après la guérison de la maladie doit obliger le médecin à examiner son malade et à ne le laisser reprendre la vie commune que lorsque les bacilles ont disparu.

MM. Cornil et Babès. — *Des associations microbiennes.*— Afin de distinguer les divers modes de ces associations, ils proposent la classification ci-après :

1° Association de microbes appartenant à des variétés très rapprochées de la même espèce : variétés très voisines du microbe de la pneumonie ou du bacille de la fièvre typhoïde dans ces deux maladies ;

2° Association à peu près constante d'un microbe avec un autre dans une maladie donnée : le streptococcus et le bacille de la diphtérie dans cette maladie ; le microbe de Schutz et celui de la septicémie hémorrhagique dans la fièvre typhoïde du cheval ;

3° Association, dans les maladies par plaies, de microbes équivalents comme valeur pathogène ; association de divers streptocoques, par exemple, avec un ou plusieurs staphylocoques ;

4° Association accidentelle de microbes septiques ou pyohémiques aux microbes des maladies infectieuses : fièvre typhoïde, dysenterie, choléra, etc. Le plus grand nombre des cas rentre dans cette division. Souvent on peut déterminer la porte d'entrée des microbes secondaires, mais comme il n'en est pas toujours ainsi, nous n'assimilons pas simplement les faits de cette catégorie aux conséquences des plaies ;

5° Association dans laquelle le second microbe reste localisé

© ANM

et n'entre pas dans la lésion et les symptômes de la maladie primitive ;

6° Association où les microbes secondaires dominent la scène et déterminent une maladie mortelle ; par exemple, une broncho-pneumonie à la suite d'une tuberculose ancienne localisée ou, au contraire, une tuberculose miliaire à la suite d'une coqueluche ;

7° Association d'un microbe pathogène avec un autre microbe habituellement inoffensif d'où résulte une maladie spéciale. Dans ce groupe rentrent certains faits de gangrène pulmonaire, notamment dus au staphylococcus aureus uni à des microbes pathogènes ;

8° Association de bactéries à des parasites autres que des bactéries. Telle est l'union de bacilles septiques et hémorrhagiques au parasite de l'hémoglobinurie du bœuf ; telle est l'association du bacille de la tuberculose et de l'asperpillus fumigatus (Cornil) ;

9° Bactéries et tumeurs. On sait, depuis Verneuil, que les tumeurs sont le siège de prédilection des bactéries. Nous ne sommes cependant pas en mesure d'affirmer l'origine parasitaire des tumeurs épithéliales ;

10° Association des parasites autres que les bactéries à certaines mycoses pulmonaires (diphtérie des pigeons).

(*A suivre*). M. B.

X° Congrès international de Médecine de Berlin.

TROISIÈME LETTRE.

L'Exposition médico-scientifique.

Berlin, le 12 août 1890.

Mon cher Directeur,

Il y a six mois au moins, dans un entrefilet du *Progrès Médical*, je signalais aux fabricants d'instruments de chirurgie français tout l'intérêt qu'ils avaient à participer à l'Exposition médico-scientifique qu'on organisait à Berlin, à l'occasion du Congrès international de Médecine. Voyant que l'article en question n'avait point porté de fruits, n'avait entraîné aucune conviction, j'essayais de convaincre de la voix, — puisque la plume était restée impuissante, — ceux d'entre eux qui voulurent bien me faire l'honneur de quelques minutes d'entretien. Peine perdue : on me jeta à la face les grands mots de Patriotisme, Souvenirs, etc. J'en fus pour mes frais d'éloquence..., si éloquence il y avait. J'eus beau leur rappeler ce que j'avais vu à Heidelberg, en septembre dernier, au Congrès des Naturalistes allemands (1) et décrit dans le *Progrès Médical* à cette époque ; j'eus beau répéter qu'il y allait de leur intérêt personnel, — puisqu'ils restaient insensibles aux intérêts de la France elle-même —, rien n'y fit. Personne ne s'inquiéta de ce qui, au mois d'août, allait se passer à Berlin. Quand je dis personne, je fais deux exceptions au moins ; je les citerai tout à l'heure, car elles ont bien mérité de l'industrie française en osant exposer à Berlin.

Pourtant quelques-uns de nos fabricants, plus avisés que les autres, se dirent, fin juillet, en voyant partir pour l'Allemagne tant de jeunes médecins parisiens, qu'ils s'intruiraient peut-être en suivant leur exemple. Et deux fabricants de Paris au moins sont allés à Berlin ! L'un d'eux, directeur d'une importante maison, a fait devant nous des réflexions typiques : il quitta Berlin, convaincu, je le crois du moins, qu'il aurait eu tort de s'abstenir. Oui, nos fabricants ont commis une faute, une faute grave dont ils supporteront les premiers les conséquences. Voilà bien des années que nous le répétons sans cesse ; cette façon de bouder n'est préjudiciable qu'à l'industrie, qu'à la science françaises. Il était facile de s'en rendre compte, en particulier pour l'Exposition de Berlin, et on nous pardonnera de le redire à cette occasion.

6.000 médecins viennent à Berlin des quatre coins du monde et visitent l'Exposition médico-scientifique ! Ces médecins sont pour la plupart jeunes, actifs, amoureux du progrès sous toutes ses formes ; ils viennent là pour voir les améliorations réalisées dans les dernières années. Ceux qui ont quitté la Norwège, les Etats-Unis, le cap de Bonne-Espérance, pour entreprendre un aussi long voyage, ont l'intention de faire en Europe ample provision d'un matériel nouveau, approprié aux recherches bactériologiques actuelles, aux opérations qu'on peut désormais entreprendre et qui exigent des instruments construits avec des soins spéciaux. Ils visitent Berlin et les magasins de ses fabricants ; ils parcourent l'Exposition. Ils ne trouvent que des noms allemands ; aucun nom français. Soyez-en persuadés : ils ne courront pas après nos compatriotes et repartiront après avoir fait leurs emplettes dans des magasins de Berlin, de Breslau ou d'ailleurs.

Ce serait une erreur de croire que l'Exposition de 1889, au point de vue spécial où nous nous plaçons ici (instruments de chirurgie et de sciences), ait eu l'importance que vient d'avoir à Berlin le Congrès international de Médecine. Sur les 600 médecins américains qui cette année se sont rendus en Allemagne, quelques-uns seulement sont venus à Paris l'année dernière ; ce qui prouve d'ailleurs que les fabricants du pays voisin vendent de plus en plus à l'étranger, c'est la prospérité de leurs établissements, le nombre même des maisons de premier ordre en Allemagne, plus considérable qu'en France. Si nos compatriotes avaient voulu comprendre tout cela, ils auraient exposé à Berlin ! Nous ne doutons pas qu'ils eussent en peu de temps couvert leurs frais d'exposition, d'ailleurs restreints. En tous cas, ils auraient soutenu à l'étranger l'honneur de l'industrie française et les grandes maisons parisiennes auraient affirmé une fois de plus leur supériorité, à la face des médecins du monde entier réunis.

Nous répétons avec plaisir que nos instruments auraient tenu la place d'honneur, parce que nous en sommes convaincu ; mais c'était précisément pour cela qu'il fallait les envoyer à Berlin. La France, à l'heure qu'il est, pour ne pas déchoir, a besoin de s'affirmer à l'étranger par ses savants et par sa science ; de plus, elle doit, sans fausse honte, montrer qu'elle est toujours la première nation du monde au point de vue de l'artisan et de l'artiste. En fait d'enseignement de la médecine, les Allemands ont montré qu'ils savent parfaitement faire valoir leur marchandise : ils ont eu raison ; puisqu'elle se vend bien, c'est qu'elle est bonne. Nous aurions dû en faire autant pour une industrie où nous sommes encore les maîtres. Ça aurait été de la publicité bien entendue et honnête.

Dans cette lettre, je voudrais encore, mon cher Directeur, signaler en quelques mots l'installation de cette Exposition médico-scientifique. Une description détaillée, d'ailleurs, n'aurait aucun intérêt, la plupart des produits ou des instruments présentés étant connus des médecins, français ou étrangers.

Cette Exposition était divisée en plusieurs parties séparées, placées en différents points du Palais où se tenaient les séances du Congrès. Les instruments de chirurgie, de physique, de micrographie, les préparations anatomiques, naturelles ou artificielles, avaient été pour la plupart exposés dans une salle spéciale, très vaste, très bien éclairée, comparable à un des petits pavillons de l'Exposition du Champ-de-Mars ; les appareils de gymnastique et de balnéothérapie, les appareils sanitaires, les plans d'hôpitaux, les produits pharmaceutiques, les eaux minérales, les produits chimiques avaient été placés dans d'autres salles isolées. La librairie occupait un emplacement à part, de même que le matériel des ambulances militaires. L'Exposition du *Königl. Preuss. Kriegsministerium* (ministère de la guerre, service de santé) était très intéressante à visiter. Elle comprenait des trains sanitaires, des wagons pour malades, etc., construits sur un type tout différent de ceux que nous avons décrit dans le *Guide médical de l'Exposition de 1889 à Paris*. Il y avait aussi des modèles d'hôpitaux-baraques, et, dans un autre ordre d'idées, tout un matériel pour les recherches bactériologiques et la désinfection ressortissant aussi du service de santé militaire. A cette occasion, mentionnons aussi l'Exposition du *Königl. Bayerschen Kriegsministerium* (ministère de la guerre de Bavière).

Il serait trop long et trop fastidieux d'énumérer ici tous les instruments de chirurgie, appareils ou produits, qui nous ont frappé par leur nouveauté, leur originalité, leur excentricité ou leur mauvais goût ; mais, certains d'entre eux, comme les *ciseaux à articulation à levier* de la maison Henckels (de Berlin), nous ont beaucoup intéressé. Inutile de rappeler ce que nous avons dit ici à propos de l'Exposition d'Heidelberg, et en particulier ce qui a trait au *bronzage des manches des instruments*,

(1) Voir *Progrès Médical*, n° 30, 28 sept. 1889, p. 287.

© ANM

qui donne aux produits de la maison Schmitt (de Berlin), entre autres, un caractère si particulier. Les instruments d'une maison de Moscou, dont le nom nous échappe, méritaient aussi un instant l'attention ; nous ne nous doutions pas qu'en Russie on travaillait l'acier avec presque autant de fini qu'à Paris.

A signaler aussi des flacons spéciaux pour matériaux de sutures, des boîtes d'accoucheurs très bien comprises avec instruments et boîte entièrement en métal, l'appareil à stériliser les instruments, qui est en usage à la clinique du professeur von Bergmann (Dr Schimmelbusch), le stérilisateur de Settegast, etc.

En tous cas, pour les instruments de chirurgie, tous les manches en bois ont disparu des vitrines des grandes maisons de Berlin (Windler, etc.), Breslau (Hœrtel, etc.) ; on n'en trouvait que rarement, même dans les expositions de fabricants moins connus. L'ivoire résiste davantage dans les boîtes d'ophtalmologistes. Les modèles de tables d'opérations pour laparotomies abondaient ; une des plus simples et des plus commodes est celle que nous avons vue à la clinique privée de M. le Dr L. Landau ; en réalité, autant d'opérateurs, autant de tables !

Il y avait à voir encore la collection des *pièces artificielles de M. le Pr Gluck*, pièces que cet habile chirurgien emploie désormais pour l'ostéoplastique et l'arthroplastique, c'est-à-dire pour remplacer des os et des articulations malades. Dans cette vitrine se trouvaient des modèles d'articulation du coude, du genou, du poignet, etc., en ivoire, semblables à celle que que M. Gluck avait placée dans le genou d'un malade, qu'il nous a montré à sa clinique particulière.

Les seuls fabricants français qui ont exposé sont MM. Geneste et Herscher, et M. H. Vergne (1), dont les instruments, placés à côté de ceux que fabrique W. Tasch (de Berlin) pour notre collaborateur, M. le Dr L. Casper, ont attiré spécialement l'attention des médecins allemands et américains. Il ne faudrait pas croire que les maisons allemandes seules occupaient le palais de l'*Austellung* ; nous avons remarqué des produits venant de fabriques anglaises (2) et américaines (3), et, certes, ils étaient plus nombreux que ceux venant de France ; il y en avait même de Norwège, d'Italie, de Suisse, de Roumanie, du Danemark, de Russie, etc.

On a remis à chaque membre du Congrès un catalogue détaillé de cette Exposition, rédigé sous la surveillance de M. le Dr Lassar. L'ouverture officielle de cette Exposition a précédé de quelques jours celle du Congrès ; elle a eu lieu le samedi 2 août, à 11 heures du matin ; et, à cette occasion, un certain nombre de discours ont été prononcés. M le Dr Lassar a dit quelques mots sur l'utilité des Expositions et a fait ressortir le caractère spécial de celle-ci, due exclusivement à l'initiative privée. Il a aussi insisté sur l'Exposition militaire et expliqué pourquoi elle présentait un cachet spécial. M. Virchow a pris ensuite la parole pour remercier les ministres de l'instruction publique et de la guerre qui ont patronné l'œuvre. Enfin, M. le Dr Koehler, directeur du département de la santé, a souhaité la bienvenue aux congressistes. Les discours achevés, on a visité en groupe l'Exposition.

Voilà le Congrès de Berlin terminé. La France, au dire des médecins étrangers non allemands, a bien fait de se montrer chez ses rivaux scientifiques : ces médecins l'ont prouvé par leurs acclamations. Nous sommes de ceux qui les premiers avons prêché la croisade ; aussi croyons-nous devoir féliciter ceux de nos compatriotes qui ont entrepris ce long voyage. Pour certains au moins, il a été considéré comme un devoir pénible à remplir ; mais ceux-là seuls ont pu comprendre qu'ils ont rendu un véritable service à leur pays.

Les Berlinois, d'ailleurs, nous ont reçu avec une bienveillance et un tact qui leur font grand honneur. Les Français ont partout été traités avec une réelle courtoisie et la plus grande déférence. Je ne sais si le Dubois-Reymond, qui jadis nous maltraita si fort, est le même qui disait l'autre jour : « Nous travaillons tous ici à la réalisation des Etats-Unis d'Europe ! »

(1) Nous ne parlons pas des libraires de Paris, qui ont presque tous envoyés quelques ouvrages et leurs journaux.
(2) Londres, Glasgow, etc.
(3) New-York, Chicago, Baltimore, St-Louis.

Mais que nous importent les mots, les discours et les banquets ! Tous ceux qui sont allés à Berlin en reviennent avec conviction d'avoir fait chacun leur devoir dans leur sphère respective. Nous avons tous travaillé, tous appris quelque chose ; tous, nous avons fourni à nos confrères étrangers des données qu'ils n'avaient pas. Et même, nous autres, humbles journalistes, nous avons montré une fois de plus aux Allemands étonnés ce qu'était et ce que pouvait la presse médicale en France.

Nous regrettons de n'avoir pu faire davantage pour notre pays, la médecine et la science françaises. Il eût été très facile à d'autres de faire beaucoup plus. Des sentiments que nous sommes les premiers à comprendre et à respecter s'y sont opposés. Mais il s'agit déjà du passé ! L'avenir montrera quel bénéfice nous retirerons du peu qui a été fait.

Veuillez agréer, etc. Marcel BAUDOUIN.

VARIA

Le Choléra en Europe.

Précautions sanitaires à Tunis. — On écrit de Tunis que le Conseil sanitaire de la régence a décidé d'ouvrir un lazaret à l'île Zembra pour les pèlerins tunisiens partis pour la Mecque avant l'interdiction officielle du voyage. Les pèlerins subiront une quarantaine de huit jours, s'il n'y a pas eu de décès pendant la traversée ; dans le cas contraire, la quarantaine sera de douze jours à partir du dernier décès. Des cordons de troupes sont établis à Zembra.

Choléra à Londres. — Un cas de choléra asiatique aurait été constaté cette semaine dans l'East-End à Londres. Un nommé Robert Teigh, arrivé dimanche de Calcutta, à bord du *Duke of Argyle*, a été transporté à l'hôpital dans un état désespéré. Les médecins ont été unanimes, dit-on, à affirmer qu'il était atteint du choléra asiatique.

Choléra en Arabie. — Mercredi dernier, 44 décès causés par le choléra ont été constatés à la Mecque, et 35 à Djeddah.

Le choléra en Espagne. — On a constaté cette semaine, dans les provinces d'Alicante, de Badajoz, de Tolède et de Valence, 48 cas de choléra et 24 décès.

Prophylaxie du choléra. Condamnation. — La onzième chambre du tribunal correctionnel de la Seine vient d'appliquer pour la première fois le décret du 28 juin dernier, relatif à la prophylaxie du choléra. Mme B..., accompagnée de son fils et de Mlle C..., arrivée ces jours derniers à Paris, ayant négligé, dans les vingt-quatre heures de son arrivée, de se rendre à la mairie de son arrondissement pour y faire les déclarations requises, a été condamnée, ainsi que les personnes sus-désignées, chacune à trois jours de prison et 5 francs d'amende. MM. G... et A..., pour le même délit, ont été condamnés à 5 jours de prison et 50 francs d'amende.

Les Somalis.

Continuant l'instructive série de ses exhibitions ethnographiques, le Jardin Zoologique d'Acclimatation de Paris présente actuellement à ses visiteurs une caravane du plus haut intérêt, composée de vingt-six *Somalis* (hommes, femmes et enfants). Ce convoi pittoresque et rare, aussi curieux que nouveau, comprend divers animaux de la région : dromadaires, autruches et moutons, chèvres antilopes, chevaux ; armes, ornements, outils, costumes. Par ces exhibitions ethnographiques, dont le Jardin d'Acclimatation a comme le monopole, le public apprend à connaître les types les plus divers de l'espèce humaine.

Après les Nubiens, on a vu défiler, tour à tour, sur la pelouse du Jardin d'Acclimatation, les Esquimaux du pôle, les Fuégiens de la Terre-de-Feu, 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 boréale, les Cyngalais de l'île féérique de Ceylan, les Achantis de l'Afrique équatoriale, les Hottentots de l'Afrique australe, les Cosaques du Caucase, enfin, les Lapons de l'extrême Nord de la Norvège. Les Somalis, qui continuent ce grand défilé, occupent la pointe extrême du Nord-Est de l'Afrique, baignée par les eaux du golfe d'Aden et de l'Océan indien.

Les Somalis, presque tous nomades dans leur immense territoire aux limites indécises, sont des musulmans fanatiques et su-

© ANM

perstitieux, au caractère farouche et soupçonneux, repoussant avec une hostilité implacable toute pénétration dans leur pays inhospitalier, encore aujourd'hui une des régions les plus inconnues de l'Afrique barbare. La liste des hardis voyageurs qui ont tenté d'explorer ces plaines arides, ces plateaux déserts et ces monts sauvages, ne serait qu'une longue nécrologie.

Les Somalis appartiennent à une antique race africaine qui se ressent, encore aujourd'hui, des civilisations égyptienne, grecque et romaine qui vinrent rayonner jusque dans leur lointaine retraite. Il y a des siècles que le sang arabe vint se mêler au type primitif. Encore aujourd'hui, rebelles au progrès des peuples, les Somalis vivent comme les peuples pasteurs restés tels qu'ils étaient aux temps reculés.

Le type est beau : corps svelte et élégant, traits intelligents et réguliers, attitude fière, visage bien fait. La couleur de la peau varie, passant du brun rouge clair au noir profond, souvent même parmi les membres d'une tribu, d'une famille. Malgré les vives chaleurs du pays, les Somalis vont toujours tête nue, la chevelure rasée chez l'habitant du littoral, longue et rougie à la chaux chez l'indigène de l'intérieur. Comme vêtement pour les deux sexes, une sorte de peplum en cotonnade américaine, agraffé à l'épaule et drapé à l'antique. Des sandales habilement travaillées par les femmes qui cumulent tous les travaux des champs et des maisons, tandis que l'homme pêche, chasse ou fait la guerre. La guerre est sa constante occupation, car si les Somalis sont implacables aux étrangers, ils ne sont pas tendres à leurs voisins qu'ils volent, pillent et assassinent sans le moindre remords de conscience. Leur courage, il faut le reconnaître, égale leur patience et leur étonnante sobriété, leur intelligence, leur indomptable amour d'une indépendance qu'ils préfèrent à la richesse et à la vie. Avec une habileté terrible, ils se servent de flèches, de lances, de massues, de sabres et de poignards, dédaigneux des armes à feu. Ils travaillent le fer, le cuivre, l'ivoire, l'écaille, les peaux des fauves qui abondent dans leurs monts sauvages, des troupeaux qui sont, avec la myrrhe, l'encens, la gomme, leur seule richesse.

Les femmes Somalis, gracieuses et belles, mais bientôt flétries par une précoce vieillesse, excellent à tisser et à peindre de jolies couleurs, nattes, paniers et corbeilles. On ne peut se marier chez les Somalis avant l'âge de 15 ans, mais toujours librement, à sa guise, à son caprice. La polygamie n'est que le privilège des riches. En fait de divorce, c'est le mari qui le prononce lui-même. Les femmes s'achètent et c'est le père qui en reçoit le prix. Les femmes portent leurs enfants derrière le dos, dans un lange de peau d'agneau ou de gazelle, orné souvent de coquillages, talisman qui écarte les maléfices des sorciers. Le caractère réfractaire et farouche des indigènes a rendu laborieuses les négociations qui ont décidé cette attrayante et curieuse caravane à venir en Europe, au milieu de chrétiens exécrés.

FORMULES

VII. — Aristol en Gynécologie.

VII. — Swiecicki (*Oest. ung. Centrlbl. f. d. med. Wissnsch* 1890, n° 2) s'est servi, dans 20 cas de maladie des femmes, des préparations suivantes d'aristol :

I. — Aristol.	5 grammes.
Poudre de gomme arabique.	q. s. p. f.
Bâtonnets (de 5 centim. de longueur) n° 5.	
II. — Aristol.	0,5 à 1 gr.
Beurre de cacao.	q. s. p. f.
Suppositoires ou bols vaginaux n° 10.	
III. — Aristol.	àà 5 gr.
Axonge	
Lanoline	40 gr.
M. D. S. — Onguent .	(*Les nouveaux Remèdes*).

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 10 août 1890 au samedi 16 août 1890, les naissances ont été au nombre de 1058 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 383 ; illégitimes, 152, Total, 535. — *Sexe féminin :* légitimes, 391 ; illégitimes, 132, Total, 523.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 10 août 1890 au samedi 16 août 1890, les décès ont été au nombre de 906 savoir : 477 hommes et 429 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 5, F. 8, T. 13. — Variole : M. 1, F. 1, T. 2. — Rougeole : M. 5, F. 9, T. 14. — Scarlatine : M. 3, F. 2, T. 5. — Coqueluche : M. 5, F. 5, T. 10. — Diphthérie, Croup : M. 17 F. 14, T. 31. — Choléra : M. 00, F. 00, T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 94, F. 64, T. 158. — Autres tuberculoses : M. 13, F. 17, T. 30. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 3, T. 3. — Tumeurs malignes : M. 15, F. 32, T. 47. — Méningite simple : M. 14, F. 19, T. 33. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 26, F. 16, T. 42. — Paralysie : M. 2, F. 1, T. 3. — Ramollissement cérébral : M. 3, F. 3, T. 6. — Maladies organiques du cœur : M. 15, F. 23, T. 38. — Bronchite aiguë : M. 4, F. 7, T. 11. — Bronchite chronique : M. 8, F. 5, T. 15. — Broncho-Pneumonie : M. 9, F. 9, T. 18. — Pneumonie : M. 15, F. 8, T. 23. — Gastro-entérite, biberon, M. 84, F. 65, T. 149. — Gastro-entérite, sein : M. 31, F. 16, T. 28. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 3, F. 1, T. 4. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 7, T. 7. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 0, T. 0. — Débilité congénitale : M. 15, F. 8, T. 23. — Sénilité : M. 4, F. 20, T. 24. — Suicides : M. 10, F. 5, T. 15. — Autres morts violentes : M. 12, F. 6, T. 18. — Autres causes de mort : M. 77, F. 53, T. 130. — Causes restées inconnues : M. 5, F. 3, T. 8.

Mort-nés et morts avant leur inscription: 57, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 25, illégitimes, 13 Total : 38. — *Sexe féminin :* légitimes, 15 ; illégitimes, 4. Total : 19

Faculté de médecine de Paris. — M. Lion (G.-C.), doct. en médecine, est nommé, du 1er août 1890 au 31 octobre 1891, chef des travaux d'anatomie pathologique du laboratoire de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris (Hôpital Necker), en remplacement de M. Richardière, démissionnaire.

Ecole de médecine d'Alger. — Un concours pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie d'Alger s'ouvrira le 5 mars 1891 devant la Faculté de médecine de Montpellier. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du dit concours.

Ecole de médecine et de pharmacie d'Angers. — M. Gaudin, suppléant à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, est chargé, pendant l'année scolaire 1890-91, d'un cours de physique à la dite Ecole. — M. Mareau, suppléant à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, est chargé, en outre, pendant l'année scolaire 1890-1891, d'un cours d'anatomie à la dite Ecole.

Ecole préparatoire a l'enseignement supérieur des sciences et des lettres de Chambéry. — M. Hollande, professeur de chimie et de géologie à l'Ecole préparatoire à l'enseignement supérieur des sciences et des letires de Chambéry, est chargé, en outre, du cours de botanique à la dite Ecole. (Emploi nouveau).

Congrès médical international de Berlin. — *Incident Lassar.* — On dit que M. le Dr Lassar, qui remplissait les fonctions de secrétaire du Congrès, se serait embarqué subitement pour New-York. On donne de ce départ précipité des explications diverses, entre autres celle-ci qu'il aurait voulu se soustraire aux conséquences de manques d'égards dont il se serait rendu coupable envers l'impératrice, lorsqu'il fut chargé d'accompagner Sa Majesté dans sa visite à l'exposition sanitaire. La *Semaine médicale* prétend que M. Lassar serait simplement parti faire un voyage à l'étranger, parce qu'il n'a pu s'entendre avec ses collègues du Comité d'organisation. Ceux-ci n'auraient pas, dans certaines circonstances, entièrement approuvé sa conduite. En tous cas, M. Lassar a réellement quitté Berlin et a été remplacé par M. le Dr Posner (de Berlin), réd. en chef de la *Berl. Kl. Woch.*

Médaille commémorative du Congrès. — On nous prie d'annoncer qu'une médaille commémorative du Congrès de Berlin sera envoyée à tout membre du Congrès qui enverra vingt marks à M. Otto, Gollnow-Strasse, n° 11a, Berlin. Cette médaille sera en bronze, aura 7 centim. de diamètre et portera le nom du membre du Congrès. Il suffit d'adresser les vingt marks demandés pour recevoir la médaille avec son étui.

Distinctions honorifiques. — Par décret en date du 8 août, M. Raymondaud (J.-E.), docteur en médecine, directeur de l'Ecole de médecine et de pharmacie de Limoges, est nommé *chevalier de la Légion d'honneur.* — A la date du 30 juillet, M. Bonnefé (P.), docteur-médecin à Rodez, médecin du lycée, est nommé *Officier d'académie.*

Erratum. — Dans le dernier numéro, page 139, 1re colonne, ligne 31, lire, au lieu de M. le Dr Magnalhas Semon : M. le Dr Magalhaës Lemos (de Porto). Nous prions instamment les personnes dont les noms ont été transformés, bien malgré nous, de vouloir bien nous excuser, vu le peu de temps que nous avons eu pour revoir les épreuves se rapportant au Congrès de Berlin.

© ANM

HYGIÈNE DES VILLES. — *Désinfection des voitures servant au transport des bestiaux.* — Cette semaine a eu lieu l'inauguration du service de désinfection des voitures qui transportent le bétail au marché de la Villette. Cette mesure prophylactique, qui s'imposait depuis longtemps, va compléter l'ensemble des mesures hygiéniques mises en pratique, depuis deux ans, dans ce vaste établissement. Conformément à l'arrêté ministériel du 12 mai 1883 et à la décision du Conseil municipal en date du 31 mars 1888, les opérations de désinfection ont été faites sous le contrôle de quatre vétérinaires inspecteurs de la boucherie. Cette nouvelle mesure a complètement réussi, 150 véhicules au moins ont été lavés et assainis avec du sulfate de zinc à 2 0/0. En somme, la désinfection des voitures a été bien accueillie par les intéressés. Le service a constaté avec plaisir que beaucoup d'entrepreneurs de transports avaient facilité la tâche aux agents de la désinfection et concouru à la réussite de cette entreprise si utile, en lavant et assainissant eux-mêmes leurs voitures.

INFLUENZA EN ALLEMAGNE. — L'influenza a fait sa réapparition à Breslau avec une grande intensité. Les symptômes diffèrent de ceux de l'année dernière. Les affections des voies respiratoires sont rares ; par contre, les cas de céphalalgie, compliqués de coma et de conjonctivite, sont fréquents.

LAÏCISATION DES ÉCOLES. — En exécution de l'article 19 de la loi du 30 octobre 1886 et par arrêté préfectoral du 9 juin 1890, l'école publique de garçons de Cuiseaux (Saône-et-Loire) a été laïcisée.

MÉDECINS CONSEILLERS GÉNÉRAUX. — M. le Dr Tagnard est nommé secrétaire du conseil général de l'Isère.

NOMINATIONS DIVERSES. — M. Villard, docteur en médecine, est nommé membre du comité d'inspection et d'achat de livres près la bibliothèque de Verdun.

REMARQUES SUR LA TEMPÉRATURE DES ACCOUCHÉES ET SUR LES ACCIDENTS INFECTIEUX RÉPUTÉS TARDIFS. — Le thermomètre fournit chez les accouchées des renseignements plus fidèles que le pouls. Lui seul permet de prévoir certaines imminences morbides, et d'affirmer, dans les cas où le diagnostic reste en suspens, s'il y a lieu ou non de s'alarmer. Sa valeur pronostique est donc indiscutable et son importance comparable à celle des pesées chez les nouveaunés. La température chez une accouchée dont l'état est physiologique est d'ordinaire inférieure à 37°,5. Les oscillations sont faibles, les angles de la ligne thermique sont à peu près égaux. Une température de 37°,8 n'est plus normale. Cependant une température même supérieure peut être passagère et avoir une cause insignifiante; mais la persistance *d'un état fébrile ou subfébrile*, c'est-à-dire dans lequel le thermomètre a des oscillations marquées, pointant vers 38° et au-dessus pour se rapprocher ensuite de la normale, descendre même au-dessous de 37°, mais éphémèrement, et remonter encore, *est parfois le signe* et le seul signe de l'infection. Cet état fébrile ou subfébrile constitue la période latente de l'infection, sorte d'incubation qui, dans bien des cas, aboutit à l'éclosion d'accidents variés, uniques ou multiples, rapprochés ou lointains, éruptions, phlegmons, phlegmatias, thromboses pulmonaires. Si éloignés que soient les accidents, la thermométrie permet de remonter à leur source. Ils datent de l'époque où l'utérus se laisse traverser par le streptocoque pyogène. Le véritable traitement est le traitement préventif, antisepsie de l'accoucheur, du personnel et de la femme grosse, parturiente, accouchée. Les précautions antiseptiques ont une extrême importance pendant les derniers mois de la grossesse. Pendant la période latente, on usera, sans atermoiements, de l'irrigation intra-utérine, au besoin continue. S'il n'y a pas d'amélioration, on fera le curage utérin.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — Le ministre de la marine vient d'adresser aux vice-amiraux commandants en chef, préfets maritimes, une circulaire les priant de lui faire connaître les noms des médecins de 1re classe qui seraient désireux d'aller servir comme médecin-major du *Sané*, qui entrera en armement après réparations à Rochefort, le 5 septembre prochain, pour aller reprendre sa place dans la station navale de l'Atlantique sud.

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER. — La délégation du Conseil général de l'Hérault envoyée à Paris avec mission de demander au gouvernement de revenir sur le projet de création de facultés à Marseille et dans d'autres villes, a lu cette semaine, à la première séance d'août, son rapport qui conclut à ce que le conseil vote de vifs remerciements aux membres du gouvernement pour leur accueil cordial. Les conclusions sont adoptées.

UNE UNIVERSITÉ A TOULOUSE. — M. Hébrard a prononcé à l'ouverture du Conseil général de la Haute-Garonne une allocution dans laquelle il a parlé de la création d'une Université toulousaine. Il a engagé chaleureusement tous ses collègues à revendiquer pour Toulouse l'Université régionale à laquelle lui donnent droit son passé et les sacrifices qu'elle a faits. M. Ournac, maire de Toulouse, a proposé un vœu pour la création de l'Université toulousaine. Il a demandé aussi au conseil d'ouvrir un crédit pour l'institution d'une Faculté de médecine. Ces propositions ont été renvoyées à la commission compétente.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons la mort de M. F.-A. GRIMAUD, ancien pharmacien à Poitiers, inventeur de la spécialité « *Dragées Grimaud* au fer et à l'ergot de seigle, contre l'incontinence d'urine. » — M. le Dr DUMOULIN (de Salins, Jura), ancien interne des hôpitaux de Paris. — M. le Dr MILLET (de Beauvais). — M. le Dr LARGUIER (Alais, Gard). — M. le Dr COCAT (Vif, Isère). — M. le Dr MORRICAUD (de Paris). — M. le Dr FERRAND (de Privas). — M. le Dr Louis-Adolphe NEUGEBAUER, conseiller d'État, professeur à l'Université de Varsovie, mort subitement à Berlin, le 9 août 1890, à l'âge de 70 ans, à la suite d'une apoplexie cérébrale, pendant la durée du Congrès international de médecine. Les funérailles ont eu lieu à Varsovie. Nous adressons à son fils, M. le Dr François-Louis Neugebauer, tous nos compliments de condoléances (M. B.). — M. le Dr V. DU CLAUX (de Paris). — M. le Dr M. SELENSKI, ancien privat-docent de pédiatrie à l'Académie de médecine militaire de Saint-Pétersbourg. — M. le Dr PINCUS, professeur extraordinaire d'hygiène et de médecine légale à Kœnigsberg.

AVIS AU CORPS MÉDICAL. — M. ROBIN, l'inventeur du Peptonate de fer pur en gouttes concentrées, vient d'avoir l'idée d'associer à un antidéperditeur de premier ordre un aliment par excellence : la Peptone.

Il doit présenter incessamment un élixir très agréable, tonique et réparateur, qui conviendra dans tous les cas où la nutrition sera affaiblie. Ce produit sera désigné sous le nom de *Pepto-Kola*.

Phthisie, Bronchites chroniques. — EMULSION MARCHAIS.

Phthisie. VIN DE BAYARD à la peptone phosphatée, le plus puissant reconstituant de la thérapeutique. Une à deux cuillerées par repas.

PEPTONATE DE FER ROBIN. — 10 à 20 gouttes par repas. (Chloro-Anémie).

Précieuse. Source de VALS, très efficace contre les affections du Foie et de la Vessie. (Calculs, Gravelle, Diabète, Goutte, etc.) *Prescrite par les Médecins des Hôpitaux de Paris.*

Albuminate de fer soluble (LIQUEUR DE LAPRADE) le plus assimilable des ferrugineux (Pr Gubler). Une cuillerée à chaque repas. Chlorose et troubles de la menstruation, c'est le fer gynécologique par excellence.

Dyspepsie. — VIN DE CHASSAING. — *Pepsine.* — *Diastase.*

ANÉMIE — LA BOURBOULE — Enfants débiles, voies respiratoires, MALADIES DE LA PEAU, RHUMATISMES — DIABÈTE

AVIS A MM. LES AUTEURS ET ÉDITEURS

Le PROGRÈS MÉDICAL rappelle à MM. les Auteurs et Éditeurs que les ouvrages dont il sera reçu deux exemplaires seront annoncés au Bulletin Bibliographique et analysés, s'il y a lieu ; ceux dont il ne sera reçu qu'un exemplaire seront simplement annoncés.

VIENT DE PARAITRE

Recherches Cliniques et Thérapeutiques

SUR

L'ÉPILEPSIE, L'HYSTÉRIE & L'IDIOTIE

Compte rendu du Service des Enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1889

par **BOURNEVILLE, SOLLIER et PILLIET**

Un volume in-8° de LVI-188 pages. — Prix : 5 francs.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

© ANM

18e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XII. N° 35. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 30 AOUT 1890.

163

Le Progrès Médical

GYNÉCOLOGIE

Péri-métro-salpingite (*fin*) (1) ;

(Inflammation péri-utérine, péri-métrite, para-métrite, pelvi-péritonite, phlegmon du ligament large, adéno-lymphite, adéno-phlegmon juxta-pubien, abcès pelvien, cellulite pelvienne) ;

par S. POZZI, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Lourcine.

TRAITEMENT. — Le traitement de la *péri-métro-salpingite séreuse* se confond avec celui de la salpingite qui lui a donné naissance. Il consiste surtout dans le repos, les révulsifs, les injections prolongées d'eau chaude. Ce sont, assurément, des cas de ce genre qui ont donné des guérisons rapides avec l'électricité (2).

On a vu souvent de pareilles poussées aiguës disparaître rapidement à la suite d'un traitement intra-utérin énergique, curettage et injections, et ce résultat a été invoqué à l'appui de l'origine lymphatique des accidents périmétritiques (3). Ces poussées aiguës incessantes ne sont pas la moindre des indications qui ont conduit les chirurgiens à l'ablation des annexes (4), ce qui amène la guérison à la fois de la salpingite et de l'inflammation péri-salpingienne.

Les tumeurs d'œdème inflammatoire aigu n'ont aucune tendance à suppurer, et comme elles sont les plus fréquentes, elles ont accrédité chez les médecins la pratique de l'expectation qu'on a trop généralisée.

Je repousse complètement les ponctions faites pour évacuer des collections séreuses ; elles peuvent les faire suppurer, et n'accélèrent guère leur résolution.

Pour les autres formes, *abcès pelvien*, *abcès du ligament large*, l'indication principale est d'abord de modérer l'intensité de l'inflammation par des douches chaudes prolongées, des évacuations sanguines locales, etc. Ensuite, dès que le pus est formé, il faut aller à sa recherche, car, selon l'expression de Brickell (5), « le chirurgien ne doit pas tolérer la présence du pus dans une partie quelconque du corps ». L'abstention systématique, prescrite par Becquerel, Aran, West, de Sinéty, Siredey et Danlos (6), etc., perd de plus en plus de partisans.

En quelle région faut-il faire l'ouverture de la collection purulente, et comment faut-il la faire ?

J'examinerai successivement différents cas qui peuvent faire varier le mode d'action du chirurgien.

A. — L'ABCÈS PROÉMINE VERS LE VAGIN. — La *ponction* avec un trocart est-elle suffisante ? Elle a été préconisée par Simpson et récemment reprise par Tenesson (1), qui la fait dans le cul-de-sac postérieur du vagin, même en l'absence de fluctuation ; il emploie la ponction capillaire avec aspiration pour évacuer soit le sérum, soit le pus des périmétrites. Cette conduite est peu recommandable : elle est dangereuse et expose à la blessure de l'intestin si la poche est encore éloignée de la paroi vaginale ; elle est insuffisante si cette poche est adhérente ; tout au plus pourrait-elle être employée dans ce dernier cas comme moyen d'assurer le diagnostic et comme préliminaire immédiat d'une intervention plus efficace.

Le professeur Laroyenne (2) (de Lyon) fait aussi la ponction par le vagin dans les masses d'inflammation péri-utérine chronique avec épanchements latents de nature purulente séreuse ou hématique. Son trocart spécial, d'assez gros calibre (sonde numéro 20), est ouvert latéralement par une fente qui joue le rôle de la rainure directrice d'une sonde cannelée pour permettre après la ponction de guider dans le foyer un lithotome qui opère ensuite un débridement latéral de trois à cinq centimètres (*Fig.* 26). Un tube de verre à extrémité olivaire est introduit et sert à faire des lavages antiseptiques sous une faible pression. Il a obtenu ainsi des succès.

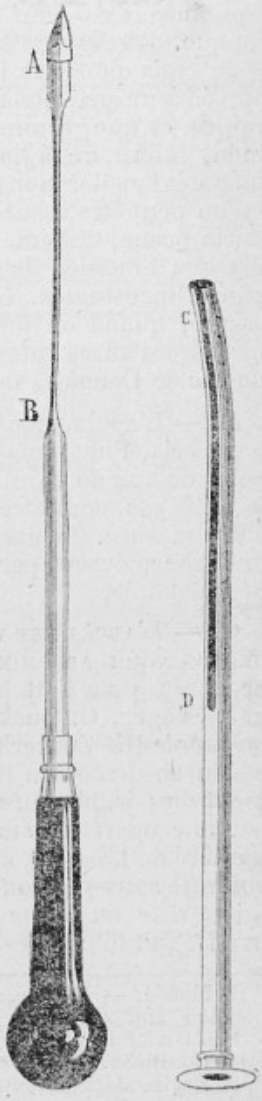


Fig. 26. — Sonde-trocart de Laroyenne (de Lyon).

Je crois qu'on peut simplifier la technique opératoire et, après une ponction aspiratrice qui a reconnu la présence du pus, aller à la recherche en *incisant*, couche par couche, le cul-de-sac vaginal postérieur, et arrêtant à mesure l'hémorrhagie par des points de suture hémostatiques, placés à l'instar de Martin dans le premier temps de l'hystérectomie vaginale. On se rendrait maître, du reste, d'un écoulement de sang un peu abondant avec un tamponnement momentané. Le foyer ouvert, on y placera un tube de caoutchouc en croix qui se maintient facilement et on tassera autour de lui la gaze iodoformée. Telle est, à peu près, la manière

(1) Voir *Progrès médical*, nos 29, 30 et 33.

(2) Apostoli. — *Congrès de Copenhague*, août 1884 (*Bulletin général de Thérapeutique*, 30 septembre 1887). — *British med. Journal*, 19 nov. 1887. — Brose et Nagel (*Soc. obst. et gyn. de Berlin*, 8 mars 1889 ; in *Centr. f. Gyn.* 1889, n° 16) en ont aussi obtenu d'excellents résultats. Toutefois Nagel avoue qu'il préfère encore le moyen, plus simple et tout aussi efficace, des irrigations d'eau chaude.

(3) Cantin. — Thèse de Paris, 1889.

(4) Korn. — *Société gynécol. de Dresde*, 3 mars 1887 (*Centr. f. Gyn.*, 1887, p. 451.

(5) Brickell. — *American Journal of the medical science*, Philadelphie, avril 1887.

(6) Siredey et Danlos. — *Dictionnaire de médecine et de chir. pratiques*, art. *Utérus*.

(1) H. Hervot. — *Contribution à l'étude de la périmétrite*. Thèse de Paris, 1887.

(2) Ed. Blanc. — *De l'inflammation péri-utérine chronique*, etc. Thèse de Lyon, 1887.

© ANM

de procéder de Mundé (1). Il y joint un nettoyage très prudent du foyer avec la curette mousse, qui ne me paraît offrir d'utilité réelle que dans des cas exceptionnels (un kyste dermoïde contenant des cheveux et autres débris était le point de départ d'un des abcès ouverts par Mundé). Le curage n'est pas dépourvu de dangers. Laroyenne (2) a montré, en effet, que la paroi supérieure de l'abcès pelvien était généralement très friable et pouvait être dilacérée, rien que par des injections un peu fortes.

Pour éviter de blesser les uretères et les artères utérines ou vaginales (3), il faudra se conformer aux règles suivantes dans le choix du lieu de l'incision :

Tumeur postérieure : incision transversale ou verticale, dirigée selon le grand axe de la tumeur.

Tumeur latérale : incision oblique en arrière et en dehors, ne dépassant pas en avant le prolongement du diamètre transversal du col.

Tumeur antérieure : très petite incision transversale combinée avec une incision antéro-postérieure plus longue.

Je crois que cette incision par le vagin doit être réservée à un petit nombre de cas particulièrement favorables, et que, comme procédé général, elle est infiniment inférieure à la laparotomie. En effet, ce n'est qu'après l'exploration directe, après ouverture du ventre, qu'on peut être assuré de ne pouvoir faire l'extirpation de la poche, traitement qui guérit définitivement, tandis que l'incision laisse subsister des causes de rechutes incessantes. Enfin, on n'est jamais tout à fait assuré, quand on prend la voie vaginale, contre la blessure d'anses intestinales agglutinées dans le cul-de-sac de Douglas.

B. — L'ABCÈS PROÉMINE VERS LE RECTUM. — Faut-il, pour cela, l'inciser par cette voie, si défavorable au point de vue de l'antisepsie ultérieure du foyer? Je ne le crois pas, contrairement à Byford (4), qui l'a vantée outre mesure. En pareil cas, du reste, le pus serait de préférence évacué par l'incision para-sacrée ou par la périnéotomie.

C. — L'ABCÈS EST ÉGALEMENT ÉLOIGNÉ DU VAGIN ET DE LA PAROI ABDOMINALE. — Diverses voies ont été proposées pour l'atteindre : 1° La *voie périnéale* (Hegar, Sänger, O. Zuckerkandl); 2° La *voie pelvienne* ou *sacrée* (E. Zuckerkandl, Wiedow, Sänger); 3° L'incision au-dessus du ligament de Poupart et le décollement du péritoine jusqu'au niveau du foyer (Hegar) (5) par une opération analogue à celle qu'on fait pour la ligature de l'iliaque, et que j'ai proposé d'appeler *laparotomie sous-péritonéale*; 4° La *laparotomie proprement dite* ou *trans-péritonéale*, préconisée surtout par L. Tait (6) : celle-ci comprend elle-même deux procédés, selon qu'on suture les parois de l'abcès à l'abdomen, ou qu'on les résèque en drainant par le vagin la cavité réduite le plus possible (Martin); 5° L'*incision en deux temps*. Je passerai rapidement en revue ces divers procédés.

1° *Voie périnéale.* — Hegar (1) a depuis longtemps proposé d'aller à la recherche des abcès pelviens à travers le creux ischio-rectal, par une incision allant de la tubérosité ischiatique à la pointe du coccyx.

La *périnéotomie verticale*, qui a été recommandée par Sänger (2), n'est que l'incision périnéale de Hegar agrandie; elle consiste en une incision à côté de la ligne médiane commençant au niveau du tiers postérieur de la grande lèvre et finissant à 2 centimètres en dehors de l'anus, entre cet orifice et la tubérosité ischiatique; elle permet de pénétrer, en l'incisant, au-dessus du releveur de l'anus (*Fig.* 27).

La *périnéotomie transversale*, de Otto Zuckerkandl, par dédoublement de la cloison recto-vaginale, a été recommandée pour l'extirpation du cancer de l'utérus (p. 413), mais elle a été aussi indiquée (Sänger) comme pouvant servir à l'évacuation des collections situées dans le cul-de-sac de Douglas. L'incision va d'un ischion à l'autre, et à ses deux extrémités on peut faire un petit prolongement oblique d'avant en arrière et de dedans en dehors qui lui donne la forme d'un trapèze auquel manquerait sa base. On arrive ainsi très profondément jusque dans le cul-de-sac de Douglas, et on peut évacuer les collections d'une manière qui offre beaucoup moins de chance d'infection par le rectum. Mais, comme la plaie est infundibuliforme, on ne peut y manœuvrer assez à l'aise pour pratiquer une extirpation de pyosalpinx (*Fig.* 28).

2° *Voie pelvienne ou sacrée* (3). — Tout récemment on a proposé divers procédés nouveaux pour arriver aux abcès :

L'*incision para-sacrée* de E. Zuckerkandl et Wölfler, grâce à une incision profonde sur les côtés du sacrum, pénètre dans l'espace pelvi-rectal supérieur, au-dessus du releveur de l'anus.

La *résection définitive ou temporaire du coccyx et du sacrum*, suivant la méthode de Kraske, qu'a modifiée Hegar (p. 414-416). Mais cette opération n'est utile que lorsqu'on a besoin de beaucoup de jour, comme pour l'extirpation d'une tumeur; une incision évacuatrice ne la nécessite pas.

Tous ces procédés sont ingénieux et peuvent rendre des services dans des cas spéciaux. Mais ils présentent cette infériorité sur la laparotomie, que celle-ci seule permet de faire une véritable incision exploratrice assez large et assez bien disposée pour qu'on puisse se rendre compte si l'on a affaire à un pyosalpinx énucléable ou à un abcès pelvien justiciable seulement de l'incision; on risque donc beaucoup d'inciser simplement des poches qu'on aurait pu extirper, ce qui aurait procuré une guérison incomparablement plus rapide et plus complète.

(1) Mundé. — *The treatment of pelvic abcess in women by incision and drainage* (*Americ. Journ. of Obstetr.*, XIX, p. 113, février 1886).

(2) Ed. Blanc. — *Loc. cit.*

(3) Reeves Jackson (cité par Mundé, *loc. cit.*, p. 119) a rapporté un cas de mort par hémorrhagie à la suite d'une ponction aspiratrice pour un cas d'abcès pelvien. — Clinton Cushing (de San Francisco) a proposé d'employer un instrument analogue aux fuseaux dont on se sert pour ouvrir les gants, mais pointu, de manière à pouvoir, par simple ponction et écartement de ses branches, introduire un tube et éviter l'incision.

(4) H. Byford (de Chicago). — *American Journal of Obstetrics*, 1886, p. 425.

(5) Hegar et Kaltenbach. — *Traité de gynécol. opér.*, trad. franç. de Bar, p. 464.

(6) Lawson Tait. — *The pathology and treatment of the diseases of the ovaries*. Birmingham, 1883.

(1) Hegar et Kaltenbach. — *Traité de gynéc. opérat.* Trad. franç. de Bar, p. 464.

(2) Sœnger. — *Archiv f. Gyn.*, 1890. Bd. XXXVII, Heft 1.

(3) Wiedow. — 13e *Congrès des Gynéc. all. Fribourg*, 1889; *Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 30, et *Berliner klin. Wochenschr.*, 1889, n° 18. — Sänger. *Ibidem* (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 31). Le premier cas publié d'incision d'abcès pelvien, par la voie sacrée, l'a été par Wiedow (*Berliner kl. Woch.*, 11 mars 1889). Il rapporte en même temps une salpingotomie faite par cette voie.

© ANM

3° *La laparotomie sous-péritonéale* (2) présente le grand avantage de ne pas faire courir à la malade les risques de l'effusion du pus dans la cavité séreuse ; elle est infiniment plus bénigne, en pareil cas, que la laparotomie proprement dite ou transpéritonéale. Mais elle a l'inconvénient de ne jamais permettre qu'une incision du foyer sans réserver la possibilité d'une extirpation, à supposer que la poche soit énucléable quoique adhérente. Aussi, en suis-je bien moins partisan depuis que nos connaissances sur le pyosalpinx sont devenues plus précises. Cette opération peut, toutefois, rendre de réels services dans des cas déterminés. Je la décrirai donc rapidement.

Il faut d'abord se rendre compte, par le toucher et l'exploration bimanuelle, des connexions exactes de l'abcès. On fait alors, à un centimètre au-dessus de l'arcade crurale, une incision de 8 à 10 centimètres, allant couche par couche jusqu'au tissu cellulaire sous-péritonéal. On décolle avec les doigts la séreuse, comme dans la ligature de l'iliaque externe, en se dirigeant vers la branche horizontale du pubis. Le péritoine est maintenu soulevé en dedans par un large rétracteur ou les doigts d'un aide, tandis que l'opérateur, portant l'index au fond de la plaie, tâche de sentir la résistance de l'abcès. On arrive peu à peu ainsi jusqu'à la base du ligament large, dans la partie la plus profonde de la cavité pelvienne. Quand on a atteint le foyer purulent, qu'on reconnaît à sa fluctuation, on l'incise, on déterge soigneusement sa cavité et on pratique le drainage, soit par la paroi abdominale, soit par le vagin à l'aide d'un tube en croix qu'on passe très facilement avec la pince de Wölfler à travers le cul-de-sac postérieur ; pour cela, il faut que l'exploration, faite à la fois par le toucher vaginal et par l'examen du fond de la plaie, montre qu'une assez courte distance sépare les deux cavités. J'ai obtenu par ce moyen plusieurs guérisons (1).

Il peut arriver que le décollement du péritoine soit insuffisant pour parvenir sur le foyer, soit qu'on se soit mal orienté sur sa situation, soit qu'une inflammation ancienne ait rendu la séreuse adhérente et friable et que des déchirures soient à craindre. On peut alors, séance tenante, appliquer un ingénieux procédé indiqué par Hegar : l'ouverture en deux temps que je décrirai plus loin.

4° L'incision par la *laparotomie* proprement dite, ou *transpéritonéale*, a été faite d'abord par Lawson Tait, puis par beaucoup de chirurgiens à son exemple (2). On ouvre l'abdomen par une incision assez petite (7 à 10 centimètres) ; on introduit les doigts pour reconnaître la tumeur ; on l'évacue avec une ponction aspiratrice ; on attire la poche entre les lèvres de la plaie abdominale, on l'ouvre, et on suture ses parois aux lèvres de la paroi abdominale ; on la nettoie ensuite exactement, et on la bourre de gaze antiseptique ou on y place deux gros drains. On a eu ainsi de très beaux succès, mais aussi

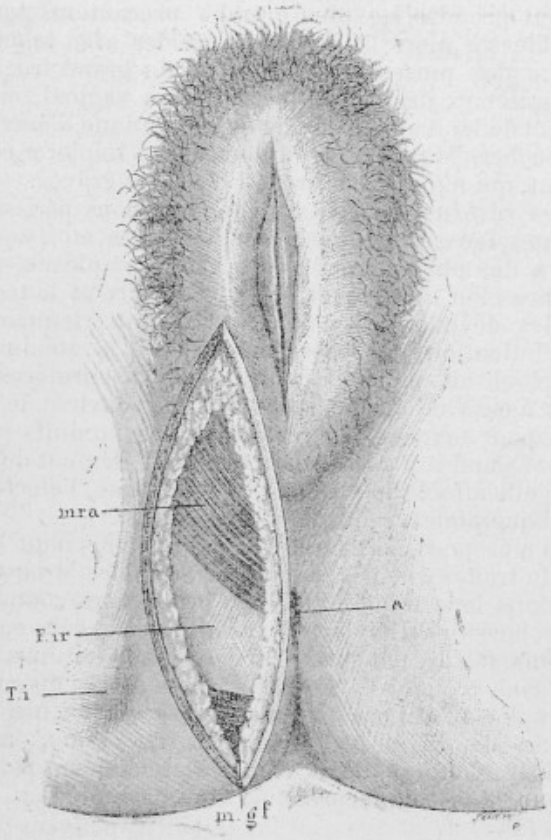


Fig. 27. — Périnéotomie verticale (Hégar, Sœnger). — a. Anus. T.i. Tubérosité de l'ischion. M.gf. Muscle grand fessier. M r.a. Muscle releveur de l'anus. F.i.r. Fosse ischio-rectale.

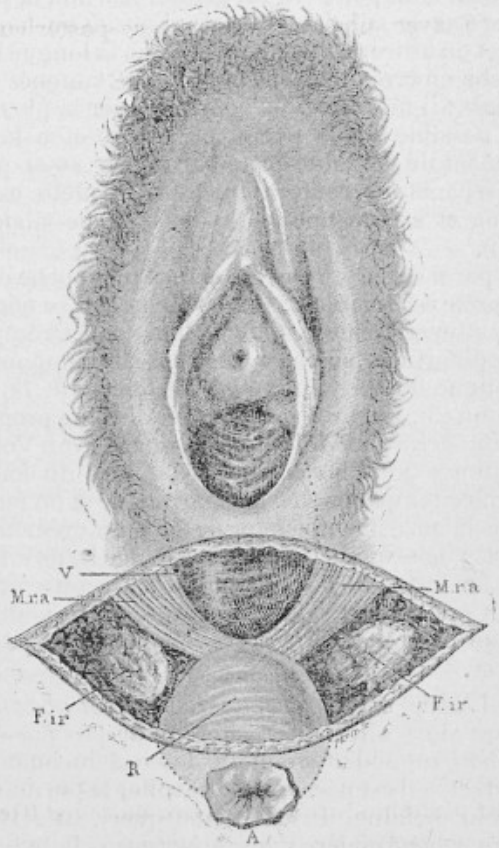


Fig. 28. — Périnéotomie transversale (Zuckerkandl. — A. anus. R. Rectum. V. vagin. M.r.a, muscle releveur de l'anus. F.i.r., fosse ischio-rectale.

(1) S. Pozzi. — *De la laparotomie sous-péritonéale*, etc. (*Bull. de la Soc. de chir.*, 14 avril 1886). — Bardenheuer. — *Die extraperitoneale Explorativschnitt*, Stutgart, 1887.

(1) Voir les observations contenues dans la thèse de Versepuy. — *De la périmétrite et de son traitement*. Paris, 1888.

(2) L. Tait. — *Loc. cit.* — Au mois de juillet 1889 il avait opéré et guéri ainsi 38 abcès pelviens (*Edinburgh. med. Journal*, juillet-août, 1889). — Voir aussi Christian Fenger. *Soc. obst. de Chicago* (*Americ. Journal of Obstetrics*, 1886). — Mac Kay, *Lancet*, 12 février 1887. — Terrillon. *Bull. de la Soc. de Chir.*, 1er juin 1887. Etc.

© ANM

quelques revers. On peut rencontrer de grandes difficultés : il n'est pas toujours possible d'attirer la poche, très solidement adhérente au pelvis et de petite dimension, jusque entre les lèvres de l'incision abdominale (1), ou bien, si on l'y fixe avec effort, elle se déchire consécutivement et il y a effusion de matière septique dans la cavité péritonéale. Emmet rapporte qu'il a vu Lawson Tait lui-même renoncer à l'opération parce qu'il ne pouvait pas parvenir à isoler la poche des anses intestinales agglutinées qui la recouvraient.

On doit procéder, si possible, de la façon suivante, après s'être assuré que l'énucléation de la poche est impraticable, et dans les cas rares où ses parois sont nettement distinctes : on videra la poche par la ponction, on l'ouvrira en protégeant exactement le péritoine, on la nettoiera avec soin et, explorant simultanément son fond et le cul-de-sac postérieur du vagin, on se rendra compte de la possibilité du drainage par cette voie. S'il est reconnu facile, on poussera un gros trocart ou la pince de Wölfler par le cul-de-sac vaginal jusqu'au fond de la poche et on attirera ainsi dans le vagin la longue branche d'un tube en croix dont les bras seront amenés au fond de l'abcès ; il ne reste plus qu'à réséquer la plus grande partie possible de la poche purulente et à la fermer exactement du côté du ventre par un surget et quelques points séparés, de renfort, au catgut. Toilette exacte du péritoine et suture complète de la plaie abdominale (Martin).

Si la paroi de l'abcès ne forme pas une poche distincte qui se prête à la manœuvre précédente, on se contentera de la nettoyer très exactement, puis on la remplira de gaze iodoformée, selon le procédé de tamponnement antiseptique du péritoine qui a été décrit (p. 78) (2).

5° Enfin (3), Hegar a proposé de faire, de propos délibéré, l'*ouverture en deux temps*, comme von Volkmann l'a pratiquée pour les kystes hydatiques du foie. Dans un premier temps, on fait la laparotomie et on tamponne avec de la gaze iodoformée, de façon à créer un canal reliant la poche à l'incision abdominale. Dans un second temps, on incise la poche, après quatre ou cinq jours, quand les adhérences sont assez fortes. On peut mettre en usage ce procédé à travers le cul-de-sac postérieur du vagin.

C.— L'*abcès est rapproché de la paroi abdominale*. On devra alors aller à la recherche du pus par une *incision* faite immédiatement au-dessous du ligament de Poupart, et, s'il est nécessaire, décoller le péritoine dans une faible étendue. Il faut remarquer, du reste, que, même une boutonnière dans la séreuse, faite quand la poche purulente est volumineuse et voisine des téguments, n'offre que peu d'importance, car la pression intra-abdominale pousse la poche entre les lèvres de l'incision et l'y maintient de façon à ce que l'introduction du pus dans le péritoine ne soit guère à redouter.

Il ne faut pas confondre avec la laparotomie sous-péritonéale l'incision d'une collection située dans la fosse iliaque, accompagnée du décollement très limité de la séreuse, mais sans travail de recherche et pénétration profonde dans la cavité pelvienne. Certains auteurs ont commis cette confusion (4).

L'incision d'une vaste collection purulente, comme le sont généralement les phlegmons du ligament large, doit être suffisamment grande (6 à 8 centimètres) et sera maintenue béante par le passage de deux gros drains accolés en manière de canons de fusil et poussés doucement jusqu'au fond du foyer. On peut les remplacer par une lanière épaisse de gaze iodoformée. Si l'on pratique des injections, elles devront être faites avec un antiseptique assez faible (eau phéniquée à 10 pour 1000, sublimé à 1 pour 5000), et on devra toujours terminer par une injection d'eau filtrée et bouillie pour éviter de laisser séjourner dans la vaste cavité un liquide dont l'absorption pourrait donner lieu à des accidents. Si l'on observait malgré cela du croupissement, on pourrait tamponner avec de la gaze iodoformée les parties diverticulaires de la poche. Enfin, si celle-ci s'étend en bas jusque près du cul-de-sac postérieur du vagin, ce que le toucher combiné permet de reconnaître, on ferait le drainage aussi par cette voie. Mais il faut prendre les plus grandes précautions pour ne pas blesser alors la vessie, et guider avec le doigt la pointe des pinces de Wölfler ou du grand trocart de Chassaignac, jusque sur le cul-de-sac vaginal, en procédant de haut en bas tandis qu'on pratique d'autre part le toucher. Mundé (1) a eu deux fois à déplorer cet accident, qui n'a du reste pas eu de suites graves.

Les *résidus* d'anciennes inflammations péri-salpingiennes, fausses membranes, adhérences, etc., donnent lieu à des phénomènes douloureux complexes, par la compression qu'ils exercent sur l'ovaire et la trompe, par les déviations de l'utérus qu'ils entretiennent, par l'agglutination des anses intestinales, la soudure de l'épiploon au pubis, la compression des uretères, etc. C'est à ces cas-là, spécialement, que convient le *massage* pour favoriser la résorption des produits plastiques. Quand il y a prédominance de l'élément douleur et qu'elle affecte le caractère névralgique, l'*électricité* faradique pourra rendre des services (2).

On a proposé, comme je l'ai indiqué plus haut à propos du traitement des salpingites, de faire la laparotomie dans le seul but de *libérer* les organes comprimés ou prolabés, en détruisant leurs adhérences sans enlever les annexes de l'utérus. Les bons résultats ainsi obtenus, sans prouver l'efficacité absolue de ces opérations incomplètes, qui ont trop souvent servi d'excuse à des erreurs de diagnostic, montrent, au moins, la part considérable qu'il faut attribuer à cet élément pathologique dans l'interprétation des symptômes morbides (2).

(1) Wiedow. — *Loc. cit.*

(2) S. Pozzi, de Lostalot-Bachoué et Baudron. — *Remarques cliniques et opératoires sur trente laparotomies* (*Annales de Gynécologie*, mai 1890).

(3) Wiedow. — *Zur operativen Behandlung der Pyosalpinx* (*Centr. f. Gyn.*, 1885, n° 10) ; 3e *Congrès de Gyn. all. Fribourg*, 1889 (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 30).

(4) Houzel (de Boulogne) (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1887, p. 856). — Le mot de laparotomie (λαπάρα, flanc ; τέμνω, je coupe), employé seul, doit conserver la signification que lui a imposé l'usage et signifier l'incision de la totalité de la paroi abdominale, y compris la séreuse. Ce qui constitue un des traits essentiels de la laparotomie, c'est qu'elle est toujours plus ou moins *exploratrice* ; car quelque assuré que soit le diagnostic, il est de nombreuses particularités qu'on ne peut connaître qu'après l'ouverture du ventre. C'est ce caractère explorateur qui se retrouve aussi dans l'incision du flanc sans ouverture du péritoine, mais avec cheminement sous la séreuse, et ce caractère la rapproche assez, m'a-t-il semblé, d'une *laparotomie* complète pour lui donner le même nom générique en y joignant le nom spécifique et restrictif de *sous-péritonéale*.

(1) Mundé. — *Americ. Journal of Obst.*, XIX. p. 113, 1886. Observations VI et IX.

(2) Brose (*Centr. f. Gyn.*, 1889, p. 537) recommande de se servir de bobines de fils fins et très longs. Sur 25 cas d'oophorites et péri-oophorites douloureuses, il aurait obtenu ainsi 21 guérisons durables et 2 améliorations.

(3) Polk. — *Are the tubes and the ovaries to be sacrificed in all cases of salpingitis ?* (*American Gynec. Soc.*, 13 sept. 1887, in *Amer. Journ. of Obstetr.*, octobre 1885, p. 1045).

© ANM

Un autre résultat éloigné des inflammations nées autour des annexes de l'utérus est la *modification de la résistance des ligaments* larges, des ligaments ronds et des ligaments utéro-sacrés. Nos connaissances sont fort précaires à ce sujet, et les déductions tirées de ces lésions avérées sont plutôt théoriques que démontrées. Il n'en est pas moins certain que les déviations utérines doivent être attribuées fort souvent à des relâchements ou à des rétractions ligamentaires qui sont les résidus d'états inflammatoires anciens. Je signalerai, en particulier, la rétraction du ligament large qu'il est si fréquent d'observer dans les cas de déchirure profonde du col du même côté, et qui produit un certain degré de déviation latérale de l'utérus en vertu d'une véritable *para-métrite chronique*. Celle-ci n'est, peut-être, que la péri-lymphangite chronique, une sclérose du tissu conjonctif du ligament large autour des nombreux troncs lymphatiques qui rampent à sa base et qui, venant du col, vont aux ganglions iliaques (*Fig.* 328). Là encore, le *massage* peut rendre des services réels.

C'est par suite d'une homonymie qui établit, je crois, un rapprochement forcé, que je dois parler au chapitre des paramétrites de la lésion décrite par Freund (1) sous le nom de *paramétrite chronique atrophiante* ou *atrophique*. Chez des femmes jeunes on trouve parfois les organes sexuels aussi réduits que si elles avaient, depuis longtemps, dépassé la ménopause ; les ligaments larges sont rétractés et durs. Ce serait donc une sorte d'extension de l'atrophie de l'utérus, ayant dépassé l'organe lui-même pour atteindre aussi son voisinage immédiat. Comme *traitement*, Freund recommande les douches chaudes et le *massage*.

(1) Freund (*Monatschr. f. Geb.*, Bd. XXXIV, p. 380). — *Verhandlung. der Rostock Naturforscherversammlung*, 1871, p. 63).

Assainissement de la Seine. — Les ingénieurs de la Seine préparent un projet d'ensemble d'assainissement de la Seine. Le Conseil d'hygiène de ce département est d'avis qu'il y a lieu de chercher à supprimer tout à fait les déversements d'eaux insalubres dans le fleuve.

Certificats de revaccination. — Les certificats de revaccination, à l'usage des enfants des écoles, peuvent être faits sur *papier libre*, à condition de porter la formule suivante : « Délivré en exécution de l'article 2 du règlement scolaire des Ecoles primaires » (Art. 16, loi du 13 brumaire, an VII ; décision du ministre des Finances.)

Epidémie de variole. — Un télégramme de notre consul à Fernambouc nous apprend que 4,000 cas de variole ont été constatés avec une moyenne de 15 à 20 décès par jour.

Règlements sanitaires du canal de Suez. — L'Italie a l'intention de réorganiser le service sanitaire de la mer Rouge et a prévenu notre ministre des Affaires étrangères. On nommera une commission internationale composée de délégués des différentes nations qui voudront bien étudier de concert cette importante question. Nous souhaitons qu'on arrive enfin à un résultat pratique.

Prophylaxie de la rougeole. — Quelques jours avant le départ du paquebot de Port-Louis (Ile Maurice), un conflit a éclaté entre le Conseil de santé et le gouverneur de cette colonie. Le Conseil voulait imposer une quarantaine à un navire à bord duquel avaient été reconnus des cas de rougeole, et le gouverneur avait refusé son approbation à cette mesure, la rougeole ne figurant pas au nombre des maladies contagieuses mentionnées par la loi.

Une Université a Nantes. — Dans son rapport sur le budget, M. Decroix, après avoir constaté la bonne situation financière du département affirme que l'assemblée consentirait à tous les sacrifices en vue de la création d'une Université à Nantes.

Service de santé de la marine. MM. Bonnefoy, Bouisson, Couan, Lenoir et Coppin, médecins de marine, sont désignés pour aller servir au Sénégal (Soudan Français), en remplacement de MM. Crozat, Delvay, Grall et Pierre, qui rentrent en France.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

De l'Antisepsie rectale.

L'antisepsie rectale ! Voilà un titre qui, il y a quelques années, eût rendu fort perplexe même l'un des plus ardents défenseurs de la méthode Listérienne.

Vouloir rendre aseptique, ou du moins vouloir diminuer dans la mesure du possible, à l'aide de minutieuses et rigoureuses précautions, les chances d'infection par les matières fécales après une opération sur l'extrémité inférieure du tube digestif, eût passé alors pour une prétention au moins exagérée, peut-être une utopie irréalisable, à laquelle, en tous cas, on avait eu jusqu'alors bien garde de songer. Pourtant l'expérience clinique est venue montrer que si l'asepsie rectale ne pouvait pas être souvent réalisée d'une façon absolue, l'antisepsie de cette portion du canal intestinal pouvait être obtenue d'une manière suffisante pour qu'on puisse se permettre des *réunions par première intention* dans la région recto-anale.

C'est d'abord pour des cures rapides de fistules anales simples que la réunion par première intention fut tentée et exécutée avec succès dans la région ano-rectale ; puis pour des résections rectales par la voie anale, généralement faites pour des prolapsus simple ou symptomatique (opérations analogues à celles de Nicolaysen, d'Auffret, de Mickulicz, etc., etc.). Mais si à une époque ancienne cette méthode a réussi parfois, ce n'est guère que depuis quelques années et depuis les récentes acquisitions de l'antisepsie qu'elle a donné des résultats assez satisfaisants et surtout assez constants.

On peut bien le dire, on n'a osé ériger en méthode la cure rapide des fistules anales que le jour où l'on s'est astreint à faire l'antisepsie rectale d'une façon sérieuse, sinon absolument méthodique, et cependant jusqu'à ces temps derniers, malgré des précautions qui paraissaient à certains exagérées, outrées même, on faisait incomplètement et assez mal cette antisepsie rectale, parce qu'on ne saisissait qu'en partie l'esprit de la méthode Listérienne.

I. — *Historique.* — En dehors des thèses (1) et des articles de journaux (2) se rapportant à ce mode de traitement des fistules anales et où est décrite la façon dont il faut procéder avant de tenter une intervention de ce genre, il y a bien peu de passages, dans les traités classiques d'antisepsie, qui se rapportent à ce point spécial. Et même, dans un récent manuel, rédigé par M. Barette, il n'en est fait aucunement mention. A peine quelques renseignements nous sont-ils fournis par la thèse de Mazet (3) et par le trop court *Manuel de petite Chirurgie* de M. Gangolphe (de Lyon). Il n'en est nullement question même dans les traités de petite chirurgie les plus récents (Chavasse, etc.).

Bien peu de chirurgiens ont su faire profiter le traitement radical des tumeurs hémorrhoïdaires des bienfaits de la méthode antiseptique ; et c'est à peine si ceux qui l'ont fait (Terrier, etc.) ont écrit comment ils ont

(1) Francon. Thèse, 1885.
(2) Verchère. — *France médicale*, 1888, p. 1301-1305 et in *Pratique médicale*, 2 oct. 1888, etc., etc.
(3) Mazet. — *Asepsie et antisepsie*. 1888.

© ANM

procédé, jugeant la chose par trop élémentaire pour mériter même une mention dans une revue quelconque. D'autre part, en ce qui concerne l'extirpation totale ou partielle du rectum, les interventions variées pratiquées dans la région anale, bien des opérateurs, au cours de la relation de leurs observations, ont répété et affirmé : « Toutes les précautions antiseptiques ont été prises » ; mais la plupart se sont bien gardés de préciser, d'énumérer par le menu les précautions réellement prises dans tel ou tel cas. C'était pourtant le point capital, car de là dépend en grande partie le succès d'opérations aussi sérieuses.

Nous nous proposons, dans cet article, d'essayer de combler cette lacune. Nous résumerons ce que l'on sait et ce qui a été écrit sur ce court chapitre, et ferons connaître comment notre maître, M. Terrier, met en pratique, dans son service, — en ce qui concerne cette portion du tube digestif, — les principes pour la défense et le triomphe desquels il combat depuis si longtemps. Personne ne pourra en discuter l'opportunité ; c'est en effet dans l'antisepsie rectale — on doit le dire bien haut — que réside désormais tout l'avenir de la chirurgie de la dernière portion du gros intestin. Certes, la manière de faire que nous allons exposer n'est pas en tous points parfaite ; mais elle a du moins la prétention de se rapprocher, aussi près que possible, de la perfection, à savoir l'asepsie réelle du rectum. Et nous osons dire, dès maintenant, — quitte à démontrer ce prétendu paradoxe plus tard, — que l'asepsie complète est plus facile à obtenir à la sortie qu'à l'entrée du tube digestif !

II. — *Manuel opératoire.* — Pour simplifier la description et ne pas retomber dans des redites continuelles, pour ne pas répéter ce que d'autres ont écrit déjà sur l'antisepsie rectale dans la cure des fistules à l'anus, et sur ce qu'on devrait avoir publié depuis longtemps déjà à propos de l'extirpation des tumeurs hémorrhoïdaires, nous prendrons comme exemple une autre opération, plus grave et plus difficile à exécuter, une amputation ou une résection du rectum. Pour de telles interventions, il est bien évident que si l'on veut obtenir des succès constants, il faut observer les règles de la méthode de la façon la plus rigoureuse et n'agir que lorsque l'on est moralement convaincu que l'on a désinfecté dans toute la mesure du possible le champ opératoire (1). Pour peu que l'on soit accoutumé à la manœuvre des moyens dont on dispose pour y parvenir, le sens clinique n'induit pas d'ordinaire en erreur, pas plus sur ce point que sur d'autres, le chirurgien antiseptique expérimenté. En tous cas, il ne doit se décider à agir que lorsqu'il se sent maître de la situation et qu'il est convaincu d'avoir délogé le loup de la bergerie, chassé les microbes nuisibles des anfractuosités où ils florissaient sans encombre.

Dans toute opération, l'organisation de la défense contre les germes morbides sur le terrain où doit porter l'instrument tranchant comprend trois phases : 1° L'antisepsie préalable de la région où l'on opère et qu'il s'agit de rendre absolument aseptique. Le chirurgien attaque et, dans cette période, lutte contre les micro-organismes ; il doit en sortir en vainqueur, ou, s'il s'avoue vaincu, ne continuer les opérations qu'à regret. C'est le *traitement antiseptique préopératoire*, très important quand il s'agit d'une région comme le tube rectal, surtout comme une cavité rectale où s'est développée une tumeur ulcérée, anfractueuse, à la surface de laquelle peuvent pulluler d'innombrables germes dangereux. 2° Ceci fait, l'intervention étant décidée, il faut, pendant toute sa durée, maintenir *aseptique* la plaie où travaille le chirurgien. L'opération doit être absolument faite sans qu'il y ait le moindre contact avec un micro-organisme nuisible. Et certes, pour la région dont nous parlons, on le comprend sans peine, la chose n'est pas toujours facile, car nous avons ici une cause d'infection sans cesse menaçante, l'ouverture du tube digestif en plein champ opératoire. 3° L'opération terminée, un *pansement antiseptique* doit maintenir en état d'asepsie parfaite la plaie qu'on a réunie, jusqu'au moment où, rompant les digues artificielles que le chirurgien a pu opposer un moment à leur cours, les matières intestinales envahissent à nouveau le champ opératoire et le souillent sans trêve ni merci. Si cette débâcle, insuffisamment maintenue, survient trop tôt, la partie n'est peut-être pas complètement perdue, mais au moins risquée dans une notable mesure. Il est donc d'une importance capitale de protéger la plaie d'une façon aussi sérieuse que possible contre toute submersion prématurée.

On y parvient assez facilement, si l'on veut se conformer à des règles aujourd'hui connues. On ne doit pas être arrêté par l'apparente complexité du *modus faciendi*, quand l'on songe aux bénéfices énormes qu'en retireront les malades. Nous n'insistons pas davantage : l'étude des faits particuliers peut seule entraîner la conviction de ceux qui n'ont pas vu les résultats d'opérations faites dans de semblables conditions.

1° *Antisepsie rectale préopératoire.* — Supposons qu'il s'agisse de l'ablation future d'un néoplasme rectal ulcéré, autrement dit supposons-nous placé dans les plus mauvaises conditions au point de vue de l'asepsie de cette portion du canal intestinal. Que devrons-nous faire ? *a*) pour désinfecter consciencieusement : 1° *l'ampoule rectale*, plus ou moins atteinte ; 2° *la région anale*, saine en partie ou en totalité ; et *b*) pour *préparer le reste du tube digestif lui-même*, de telle sorte, que pendant la période terminale du nettoyage rectal, pendant l'opération et les quelques jours qui la suivront, les matières fécales soient réduites à leur minimum de volume et rendues aussi aseptiques que possible. De cette façon, en effet, on a peu de chance de les voir envahir à ces divers moments le champ opératoire et, si cela se produit, leur virulence est réduite au minimum. La préparation du tube digestif ne doit guère être commencée que quand la désinfection rectale est à moitié obtenue ; s'y prendre plus tôt serait perdre son temps... et ses médicaments, diminuer sans raison suffisante la force de résistance du malade, comme on le

(1) Ce n'est pas le cas de décrier les minuties recommandées, puisque la vie du malade en dépend. L'important, c'est de faire tout ce qu'il faut, mais de laisser franchement de côté tout ce qui ne contribue pas d'une manière évidente à assurer l'antisepsie de la partie où doit porter l'instrument tranchant.

© ANM

verra bientôt. Par contre, la préparation de la région anale, quand elle est saine, aura lieu la dernière.

Le diagnostic étant établi, après un examen approfondi de la partie atteinte, sous le chloroforme si la chose est nécessaire, on décidera l'intervention et on en fixera l'époque. C'est une douzaine ou une quinzaine de jours auparavant, au moins, qu'on devra commencer l'antisepsie rectale préopératoire. Si le malade était assez patient, assez confiant dans les méthodes modernes pour accepter un traitement préopératoire plus prolongé, il n'y aurait que des avantages à le commencer plus tôt.

a) La *désinfection rectale* peut s'obtenir par plusieurs moyens ; mais le procédé le plus simple, c'est l'emploi des *irrigations rectales* répétées, faites avec des solutions faiblement antiseptiques. On ne peut recourir à des liquides très actifs, en raison de la facilité de l'absorption par la muqueuse rectale, à des substances trop caustiques ou douées d'une puissance microbicide énergique, à cause de la sensibilité de cette même muqueuse. Aussi ne devra-t-on pas recourir à l'acide phénique trop irritant. On sait d'ailleurs que des lavements avec des solutions phéniquées trop concentrées ont été souvent le point de départ de troubles graves.

Le malade gardera le lit, autant que possible, surtout dans les derniers jours de la période de désinfection rectale. Les irrigations, au début, devront être faites plusieurs fois par jour (3 fois environ) avec une solution tiède de sublimé à 0,50 centigr. pour 1000 gr., c'est-à-dire avec une solution froide à 1/1000 étendue d'une partie égale d'eau filtrée et bouillie chaude (1). On se servira non pas d'un irrigateur, impossible à tenir propre et aseptique, mais d'un grand bock de verre pourvu d'un tube en caoutchouc, sur lequel sera adapté, à l'aide d'un raccord formé par un tube de verre, une longue et grosse canule rectale en caoutchouc rouge, d'au moins 15 à 20 cent. de longueur, stérilisée, elle-même, une première fois à la façon des sondes en gomme (2).

Cette canule ne doit servir qu'au malade à opérer. Dans l'intervalle des irrigations, elle sera placée à demeure dans un bocal rempli de solution de sublimé et conservée ainsi aseptique, comme les canules vaginales le sont dans le service de M. Terrier à l'hôpital Bichat. Il importe de surveiller avec grand soin les irrigations rectales qui doivent être faites par une personne expérimentée. La canule sera introduite, avec précaution, très haut, au-dessus de la tumeur ou du rétrécissement ; on assurera au liquide injecté une voie de retour facile pour l'empêcher de séjourner dans le rectum. S'il restait de la solution antiseptique, il faudrait craindre des accidents d'intoxication, car le sublimé est absorbé assez rapidement par la muqueuse rectale. On examinera donc attentivement les gencives et prêtera attention aux symptômes signalés par le malade au début du traitement antiseptique préopératoire. Les premiers jours passés, pour ne pas trop prolonger l'emploi du sublimé et quand le rectum aura été bien nettoyé, on entretiendra sa propreté par de très larges irrigations avec la solution saturée d'acide borique. De cette façon on maintiendra l'asepsie relative obtenue. Autant que possible, on fera une irrigation après chaque selle, de façon à vider complètement le rectum. Quand la tumeur est volumineuse, le rétrécissement rectal marqué, cette désinfection est très difficile à réaliser, surtout au-dessus du néoplasme. En tous cas, on n'opérera que quand il ne s'accumulera plus de liquide à odeur infecte au-dessus de la tumeur (1).

b) La *désinfection de l'anus* est bien plus facile, alors même qu'elle est le siège d'une tumeur ulcérée. La région sera rasée avec soin tous les 5 ou 6 jours, de même que les régions voisines (périnée, scrotum, fesses, etc.). Tous les 2 jours le malade prendra un bain antiseptique (bain de sublimé) ; les bains généraux sont aussi bons que les bains locaux. S'il y a une ulcération anale, elle sera pansée avec grand soin après chaque bain, chaque irrigation, chaque selle ; on emploiera de préférence un pansement iodoformé. Mais si l'anus est sain, on se bornera à appliquer sur la région, seulement quelques jours avant l'opération, un pansement antiseptique préopératoire ordinaire (au début vaseline au sublimé, plus tard vaseline boriquée et compresses boriquées humides, etc.), qui devra rester en place dans l'intervalle des selles ou des irrigations.

c). Pendant les 10 à 12 jours qui précèdent l'opération, il faut, en outre, *désinfecter le reste du tube digestif* et les *voies urinaires inférieures*, en cas de lésion de la vessie au cours de l'opération.

On sait comment on obtient l'antisepsie des voies urinaires ou du moins une antisepsie relative ; nous n'avons pas à y insister ici. On emploiera soit le procédé de M. Terrier, soit ceux qui ont été préconisés par M. Guyon ou ses élèves.

La désinfection du tube digestif est plus complexe ; elle exige l'emploi de trois sortes de moyens : 1° On administrera à plusieurs reprises, avant l'opération, à 3 ou 4 jours d'intervalle, des *purgatifs* salins assez énergiques, de façon à débarrasser l'intestin des matières fécales accumulées depuis longtemps au-dessus du rétrécissement. Quelques jours avant l'opération, on n'emploiera que des purgatifs doux.

2° Immédiatement après l'administration du premier purgatif, on soumettra le malade au *régime lacté absolu*. Il ne devra prendre, à partir du 7e ou du 12e jour qui précédera l'opération (cette période de diète relative ou plutôt du régime lacté pourrait être diminuée, si l'état général était trop mauvais), aucun autre aliment que du *lait*, préalablement *bouilli*, environ 2 à 3 litres par jour. M. Terrier insiste beaucoup, et avec raison, sur la nécessité de ce régime. De la sorte, les selles sont réduites à leur volume minimum et on évite les fermentations intestinales plus ou moins nuisibles qui se produisent dans la digestion de certains aliments. A la rigueur, on pourrait tolérer les œufs ou diverses préparations culinaires faites avec du lait seul, si le malade

(1) La solution de sublimé doit être préparée avec de l'eau filtrée et bouillie.

(2) Voir H. Delagénière. — *Stérilisation des instruments en gomme* ; in *Progrès médical*, 1889, n° 40, p. 295.

(1) Nous insistons à dessein sur la difficulté de cette préparation du rectum ulcéré ; pour être réelle, elle doit souvent être faite par l'aide du chirurgien lui-même.

© ANM

faisait trop le récalcitrant; mais il est certain que le régime lacté exclusif est ce qu'il y a de mieux.

3° En même temps que le régime lacté on fait prendre tous les jours au malade des paquets de *Naphtol β*. Ces paquets peuvent être de 0,10 ou de 0,20 centigr. On peut donner de 0,50 centigr. à 2 gr. de Naphtol β par jour. 1 gramme suffit amplement dans la plupart des cas. Cette substance est destinée: 1° à détruire tous les micro-organismes pathogènes qui peuvent se trouver dans la partie supérieure du tube digestif et partant à les empêcher de venir contaminer à nouveau l'ulcération rectale, au préalable désinfectée par des irrigations répétées ; 2° à agir directement sur ceux qui pullulent au niveau du néoplasme. Certains chirurgiens ajoutent au Naphtol β de la *magnésie blanche* et donnent chaque jour à leur malade des paquets où ces deux substances sont mélangées (2 grammes de chaque par jour). D'après M. Schwartz (1), dans ces cas, les selles deviennent blanchâtres et à peine odorantes.

Voilà tout ce qui concerne l'*antisepsie rectali préopératoire*; dans le prochain numéro, nous traiterons de l'asepsie ou de l'antisepsie pendant l'opération et du pansement antiseptique à appliquer après l'intervention.

Marcel BAUDOUIN.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ASSOCIATION POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES.

Congrès de Limoges du 7 au 14 août 1890 (*fin*).

II. — SECTION DES SCIENCES MÉDICALES (*fin*).

Mme GACHES-SARRAUTE fait une communication sur *les dangers de l'ergot de seigle et de l'ergotine après l'accouchement*. Depuis l'intervention heureuse des pratiques antiseptiques, les préceptes de M. Pajot sur les dangers de l'ergotine administrée après l'accouchement restent incomplets, et la règle à suivre doit être l'abstention complète, même en présence des plus graves hémorrhagies, de tout emploi d'ergot ou d'ergotine après l'accouchement. Ces médicaments sont devenus inutiles et dangereux. En supposant que la malade échappe à l'infection aiguë, amenée par l'inclusion de résidus dans l'utérus, elle est exposée, 90 fois sur 100, à l'invasion d'une affection chronique (métrites) sept, huit mois et quelques fois plus après l'accouchement. En outre, l'utérus restant gros et la malade se levant trop tôt, il peut survenir des prolapsus rebelles. La délivrance faite, il faut faire une injection intra-utérine avec toutes précautions antiseptiques. Les caillots de sang, très nombreux au niveau de la surface placentaire, sont enlevés avec la main ainsi que les débris membraneux. La cavité utérine est lavée ensuite avec 10 à 15 litres d'eau et l'utérus, après deux jours, revient à son état normal. La manœuvre étant aussi grave que les plus graves opérations, il faut une propreté absolue des mains du chirurgien.

MM. BETTENCOURT et SERRANO (de Lisbonne) décrivent *un cas de myxœdème traité par la greffe hypodermique du corps thyroïde du mouton*. Il s'agit d'une femme de 36 ans, atteinte de myxœdème depuis plusieurs années et accusant une absence probable de la glande thyroïde. On introduisit dans le tissu sous-cutané de la région infra-mammaire de chaque côté la moitié du corps thyroïde d'un mouton. L'opération fut suivie d'une amélioration immédiate dont le premier indice fut une élévation de température. Dans l'espace d'un mois le nombre des globules rouges s'est élevé presque au chiffre normal: soit de 2,442,000 à 4,447,000. La parole est devenue moins embarrassée, la transpiration, disparue, s'est régularisée ; le myxœdème s'est atténué et les mouvements sont devenus plus faciles. De 119 kilos et demi, le poids est descendu à 113 kilos 800. La menstruation, se prolongeant auparavant pendant 2 et 3 semaines, s'est réduite à 4 jours. On ne doit cependant pas conclure encore à la réussite définitive de la greffe, c'est-à-dire à la vascularisation complète des deux glandes, parce que l'amélioration subite, se manifestant dès le lendemain, doit être attribuée plutôt à la simple absorption par les tissus du suc de la glande thyroïde mise en contact avec eux.

M. J. LEMAISTRE présente un *malade atteint d'aérocèle du cou (trachéocèle)*. Enfant de 3 ans et demi atteint d'une tumeur gazeuse au cou, après une coqueluche violente quelques jours après sa naissance, tumeur dans le triangle sus-claviculaire gauche qui, en 3 mois, acquiert le volume d'un gros œuf de dinde. Tumeur molasse, insensible, sonore à la percussion, suivant les mouvements respiratoires, incomplètement réductible par la pression. Le diagnostic conclut à un trachéocèle se rapportant à la série 3 des observations de M. L.-H. Petit. Récemment, contusion de la poche, inflammation, menace de suppuration, noyau induré, puis diminution de volume au tiers initial. On essaiera la compression et, en cas d'insuccès, on fera la cure radicale comme d'une hernie. Les cas comme celui-ci étant rares et la coqueluche fréquente, on put admettre une prédisposition spéciale, peut-être le manque de réunion de l'une des fentes trachéales.

M. L.-H. PETIT reconnaît également une rupture de la trachée avec, peut-être, une ulcération préalable de la muqueuse trachéale. Il existe 42 observations du genre de celle de M. Lemaistre. La cure n'étant pas spontanée, il faut procéder à la cure radicale.

M. DÉBIGNAC a observé deux cas de *glycosurie au cours de la dilatation de l'estomac*. La glycosurie a disparu avec la cessation des accidents gastro-intestinaux. Etant donné l'état général constitutionnel des sujets (arthritiques, obèses, dystrophiques), on peut se demander si ces glycosuriques temporaires ne sont pas destinés à devenir définitivement, plus tard, des diabétiques.

M. GALEZOWSKI fait une communication sur *l'astigmatisme irrégulier et la correction par les verres cylindro-coniques*. L'emploi de ces verres a permis de rétablir la vision presque normale chez cinq malades atteints de ce défaut de réfraction.

M. P. LEMAISTRE a observé en février 1888, dans la Haute-Vienne, une *épidémie de saturnisme* due à l'intoxication par une meule de moulin réparée avec du plomb. La farine qui en provenait contenait 3 milligr. de plomb par kilo. Le *liseré saturnin* vu à la loupe est caractéristique ; il est formé par les vaisseaux radiculaires de la gencive, tortueux chez les intoxiqués, rectilignes chez les convalescents.

M. J. LEMAISTRE dit que dans tous les capillaires examinés, bourrés de plomb, les masses plombiques (sulfure de plomb) sont mélangées aux globules et rendent la circulation impossible. Il y a également des granulations extra-vasculaires.

Discussion : MM. J. Lemaistre, Mayet, Tison, de Font-Réaux, Dérignac.

M. FANTON fait une communication *sur l'application du choréoptisme à l'obstétrique*. Afin d'obtenir une hypnose plus sûre que celle que provoquent les pratiques en usage jusqu'alors, l'auteur a construit un miroir à rotation lente, capable de produire la dilatation et la contraction alternantes de la pupille. A l'aide d'un miroir simple, il produit également le choréoptisme ou déplacement visuel des objets environnants provoquant la stupeur d'abord, l'hypnose ensuite. Ces procédés appliqués à l'obstétrique, suppriment les douleurs, régularisent le travail et ont permis l'accouchement prématuré dans un cas de rétrécissement du bassin. Trois cas personnels et quelques autres de M. Magail, à l'appui.

Discussion : MM. Verrier, Grasset, Brémond, Baraduc.

M. MAYET communique ses *observations sur l'action des sels neutres et du chloral sur les globules du sang* ainsi que leur application aux études d'hématologie et aux injections intra-veineuses. Le chlorure de sodium est le sel le plus conservateur quant à son action immédiate et quand, le mélange se faisant graduellement, il peut se combiner avec les

(1) *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, 21 mai 1890, T. XVI, p. 401.

© ANM

albuminoïdes du plasma. Comme l'a indiqué M. Dastre, il convient mieux pour les injections intra-veineuses (au titre de 0,60 0/0) et le lavage du sang dans certains empoisonnements. Le sulfate de soude à 1 et 2 0/0 conserve bien les propriétés chimiques des hématies. Le chlorure de potassium est toxique. Le bicarbonate de soude est faiblement conservateur. Le phosphate de soude, à faible titre, rend les hématies rigides, ainsi que le sulfate de soude, et peut servir pour obtenir une facile numération. Le sulfate de magnésie est déformant. Le chloral détruit les hématies en solution concentrée ; il faut l'employer au 20me. Les injections de chloral, moyen d'anesthésie hasardeux, sont utiles : dans le tétanos avec danger pressant, dans l'éclampsie urémique convulsive ou délirante menaçante, dans la rage déclarée (comme antispasmodique), dans les cas douloureux où la morphine est impuissante ou non tolérée. Injections très prudentes de 20 gr. de la solution 3 à 6 fois par jour, en surveillant attentivement la respiration, le cœur, le pouls et les urines.

Discussion : MM. Verrier, Michou, Reboul.

M. Chénieux présente *un sujet opéré de tarsotomie* avec section de l'aponévrose plantaire et du tendon d'Achille pour pied bot équin varus gauche. Pied bot accidentel. Claudication à 3 ans 1/2 disparaissant puis reparaissant à 10 ans. Ablation de l'astragale luxé en dehors, mais résection seulement de la partie antérieure et de la partie trochléenne sortie de l'articulation tibio-tarsienne. Résection de l'extrémité antérieure du calcanéum et d'une partie du cuboïde. Section du tendon d'Achille et de l'aponévrose plantaire. Appareil plâtré. Pas de suppuration. Guérison rapide.

La section entend une série de communications sur l'épidémie d'influenza qui a sévi de 1889-1890 sur diverses régions du territoire.

M. J. Teissier. — *Considérations générales sur l'épidémie de grippe de* 1889-1890. Discussion : MM. Grasset, Queirel, Brémond, Verrier, Boulland, Mayet, L.-H. Petit.

MM. Queirel et Alezais. — *Mémoire sur l'épidémie d'influenza à Marseille.*

M. Galezowski. — *Complications oculaires de la grippe.*

M. Leloir. — *Sur certaines éruptions survenant dans le cours de la grippe.*

M. Royer. — *L'influenza à Saint-Jean-d'Angély.*

M. Tronchet. — *L'épidémie d'influenza à La Rochelle.*

M. Chiront. — *Coïncidence de la dengue et de la grippe dans la Corrèze.*

M. Suarez de Mendoza a fait une communication *sur l'audition colorée.* — M. L. Olivier. — *Sur l'application des indications bactériologiques à l'extinction d'une épidémie locale de fièvre typhoïde.* — M. Brissaud. — *Sur le rire et les larmes chez les hémiplégiques* (sera publiée).

M. Queirel parle, en présentant et décrivant les instruments, de l'*intubation dans le croup.* La pratique de ce mode opératoire a donné 38 p. 100 de succès. La seule difficulté est celle de l'alimentation.

M. Delthil critique l'intubation et signale les inconvénients de ces appareils : arrachement de petits lambeaux de muqueuse et auto-inoculation, avalement possible et parfois nécessité de trachéotomie. L'antisepsie locale portée dans le foyer est préférable.

M. Theuvenet présente un sujet qu'il a guéri depuis longtemps d'une constriction absolue des mâchoires et d'une gangrène perforante de la joue gauche par l'*autoplastie buccale.* Le lambeau a été pris à la partie supérieure du cou et on reconnait du poil dans la cavité buccale.

M. Delthil présente une note *sur les conséquences opératoires après la trachéotomie.* La broncho-pneumonie n'est pas une cause de mort par la trachéotomie, mais un épiphénomène se produisant même sans opération ni traumatisme. Ce n'est pas le froid qui en est cause. M. Delthil n'emploie jamais la cravate. Une cause de mort soudaine est la transformation d'un croup simple en croup toxique par l'opération ; c'est la diphtérie hypertoxique et l'opération est moins innocente qu'on ne l'a dit. L'état hypostatique préagonique a été pris à tort pour de la broncho-pneumonie. Les pulvérisations antiseptiques doivent être un des principaux r itements post-opératoires de la trachéotomie.

Les notes suivantes sont communiquées :

M. L.-H. Petit. — *La coxalgie tuberculo-arthritique.*

M. Arnaud. — *Diagnostic de la syringomyélie.*

MM. Alezais et Arnaud. — *Le sang afférent des capsules surrénales.*

M. Chéron. — *La transfusion hypodermique de sérum artificiel dans les phlegmasies péri-utérines.*

M. Nepveu. — *Nodosités sous-cutanées rhumatismales produites par des embolies bactérifères.*

M. P. Lemaistre fait une communication *sur la sclérose du poumon chez les porcelainiers.* Ainsi que la sclérodermie le fait des membres, la sclérose coupe le poumon. D'ordinaire la coloration du poumon est celle des matières introduites (sidérose, anthracose, etc.); or, ici, la coloration est noirâtre, quoique la matière introduite soit blanche : sans doute un effet du processus inflammatoire. Les symptômes sont analogues à ceux de la tuberculose et le diagnostic est difficile. La partie postérieure du poumon, le plus souvent envahie, présente des râles muqueux et caverneux. On entend parfois tous les bruits de l'emphysème pulmonaire ou encore les râles de la pleurésie, qui coexiste presque toujours avec la sclérose. Cependant dans celle-ci il n'y a pas de tympanisme, ce qui la différencie de l'emphysème. Le malade meurt étouffé. Ses crachats ardoisés sont caractéristiques et ne se montrent qu'avec les poussées congestives. Le scléreux n'a pas de fièvre vespérale, en général, et peu de sueurs nocturnes ; il n'a pas les accès d'asthme de l'emphysémateux. Parmi les porcelainiers, l'usure de grain est le plus souvent atteint, et l'homme plus souvent que la femme.

M. Boulland a trouvé le bacille dans les crachats des scléreux. Pour lui, cette sclérose est une tuberculose fibreuse. Les poussières siliceuses produisent, dans les bronches, des ulcérations sur lesquelles la tuberculose est greffée ; le processus irritatif continuant, il y a hyperplasie du tissu conjonctif qui devient tissu cicatriciel de protection et le tubercule est englobé. Grâce à ce tissu cicatriciel, protecteur contre la tuberculose, on constate chez les porcelainiers, travaillant le kaolin, une notable survie. Tandis que chez les cordonniers, à Limoges, la moyenne d'âge n'est que de 26 ans et de 24 ans chez les couturières, elle est de 48 ans pour les porcelainiers hommes et de 38 pour les femmes. Leur métier est donc moins nocif que les autres. Les crachats noirs doivent être attribués aux lampes fumeuses d'éclairage, car ils disparaissent avec elles. Les iodures constituent le meilleur traitement contre la sclérose du poumon.

M. Delotte rapporte un cas de guérison d'une opération de *kyste hydatique volumineux du foie.* Pas d'accidents du côté du péritoine. Il en conclut à la bénignité de l'opération.

Avant de se séparer, les membres de la Section des Sciences médicales ont émis, à l'unanimité, le vœu à l'adresse de M. le Ministre que, conformément au vote du Conseil municipal, l'Ecole de Limoges soit comprise dans les Ecoles secondaires à réorganiser.

Pendant la durée du Congrès, les membres des différentes sections ont pu compléter leurs travaux par une série d'excursions scientifiques, industrielles, agronomiques ; ils ont trouvé partout l'accueil le plus empressé et le plus sympathique. Le prochain Congrès se tiendra à Marseille. Celui de Limoges a été très fructueux, suivant la belle devise de l'Association, *par la science pour la patrie.*

G. Capus.

Sœurs de charité et exercice de la pharmacie. — La cour de Caen, statuant comme cour de renvoi, après cassation d'un arrêt de la cour de Rouen, vient de décider que le fait par des sœurs de charité de débiter ou de préparer, à l'usage des indigents, dans les dispensaires annexes des hôpitaux, des médicaments officinaux, constitue le délit d'exercice illégal de la pharmacie et tombe sous le coup des dispositions de l'article 25 de la loi du 21 germinal an XI. En vain les contrevenantes prétendraient-elles que les pharmacies des dits dispensaires sont placées sous la surveillance des pharmaciens des hôpitaux, si cette surveillance est intermittente et insuffisante.

Policlinique de Paris. — A partir du 1er septembre, les consultations de M. le Dr Natier pour *les maladies du nez, des oreilles, de la langue et du larynx.* auront lieu tous les jours (dimanche excepté), de 5 à 6 heures du soir, 28, rue Mazarine.

© ANM

X^e CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

Session de Berlin (4-10 août 1890) (*suite*).

SECTION D'OPHTALMOLOGIE.

3^e *Séance.* — *Mardi 5 août* (3 heures de l'après-midi).

PRÉSIDENCE DE M. HUTCHINSON (London).

1. — M. H. GRADLES (Chicago). — *Méthode pour déterminer le strabisme latent.* — M. Gradles a construit un appareil assez simple et assez ingénieux pour déterminer, par degrés angulaires, la déviation de la juste direction des deux yeux en cas d'exclusion de la vision binoculaire. La construction ne se comprend pas sans dessin. Il en a construit un pour la vision de près et un autre pour celle de loin.

Il n'a examiné jusqu'ici que 50 individus. A peu près la moitié de ceux-ci montraient une petite déviation verticale (jusqu'à 1/3 à 1/2°). 1 à 2° de divergence semblent être sans influence. Dans les degrés plus hauts, les malades se plaignent plutôt de maux de tête que d'asthénopie. M. Gradles recommande cette méthode aussi pour le centrage des verres des lunettes.

2. — M. O.-M. BERRY (Edimbourg). — 1° *Un phénomène stéréoscopique*; 2° *La méthode de Maddon pour déterminer l'équilibre des yeux.* — M. Berry décrit un phénomène stéréoscopique particulier, qui permet de constater de suite s'il existe une vision binoculaire. Puis il démontre un petit instrument fort ingénieux pour déterminer l'équilibre des yeux. Il consiste en une petite plaque de métal au milieu de laquelle il y a une perforation oblongue. Celle-ci contient un petit bâton de verre. On met ce petit instrument devant l'un des yeux et fixe une flamme avec les deux yeux. Par la diffraction dans le bâton de verre, la flamme paraît comme une ligne lumineuse. On voit bien l'image distincte de l'œil libre superposée à l'image linéaire de l'autre. Les déviations de l'œil couvert de l'instrument sont alors faciles à constater.

M. JAVAL (Paris). — Tous ces appareils, si ingénieux qu'ils soient, n'ont pas beaucoup de valeur, parce que l'équilibre des yeux est très variable chez le même individu. Souvent il y a une aversion pour la vision unique, causée par l'anisométropie. Une fois celle-ci bien corrigée, l'insuffisance musculaire disparaît. Une vraie insuffisance n'existe que très rarement, au dire de Javal. Souvent il s'agit d'un astigmatisme différent des deux yeux.

M. LANDOLT (Paris) maintient qu'il reste toujours assez de cas de vraie insuffisance musculaire.

M. ROSER (New-York) nie tout à fait cette insuffisance musculaire. Selon lui, on a affaire, dans tous les cas en question, à un astigmatisme.

M. CHIBRET fait remarquer qu'une différence de 0,25 D. de l'astignatisme des deux yeux suffit déjà pour occasionner les symptômes d'une insuffisance musculaire.

M. LANDOLT (Paris) insiste sur ce qu'on n'a le droit de parler d'une insuffisance musculaire que dans le cas où une asthénopie est causée par celle-ci.

3. — M. SCHNELLER (Dantzig). — *Contributions à la théorie du strabisme fondées sur des recherches anatomo-pathologiques.* — Schneller a constaté, par de nombreuses recherches anatomo-pathologiques, que dans le strabisme convergent, les droits externes, dans le strabisme divergent, les droits internes sont très souvent de beaucoup plus étroits et plus minces qu'à l'état normal. C'est ce qui occasionne indubitablement la tendance au strabisme. Le strabisme va se développer d'autant plus facilement s'il y a en même temps des anomalies de la réfraction ou de l'accommodation. Certes, il existe encore d'autres moments étiologiques du strabisme, tels que des troubles de l'innervation des muscles, de plus les obstacles opposés aux mouvements des yeux.

M. SCHWEIGGER (Berlin) est en général d'accord avec Schneller.

4. — M. LANDOLT (Paris). — *Le numérotage des prismes dans la pratique ophtalmologique.* — M. Landolt, conformément à la proposition émise par M. Jackson au Congrès de Washington, et par lui-même au dernier Congrès international d'ophtalmologie à Heidelberg, propose de désigner dorénavant les prismes par leur angle de déviation minimum, de sorte que le numéro du prisme exprimera le nombre de degrés angulaires dont le rayon lumineux a été dévié de sa direction primitive en sortant du prisme.

5. — MM. SWAN et BURNETT (Washington). — *Système métrique du numérotage des prismes et appareil pour la mensuration de leur force réfringente.* — M. Burnets désigne les prismes suivant la déviation linéaire du rayon lumineux mesurée à la distance de 1 mètre. Il a construit un appareil très ingénieux pour déterminer cette grandeur pour chaque prisme. La description de cet appareil se trouve dans le dernier numéro des *Arch.* de Knapp-Schweigger.

M. HIRSCHBERG (Berlin). — Pour les prismes faibles qui, seuls, peuvent être prescrits au malade, la déviation minimum est à peu près égale à la moitié de l'angle de l'ouverture. Cette relation est assez exacte pour la pratique. Inutile de changer l'ancien système du numérotage.

4^e *Séance. Mercredi 6 août* (3 h. de l'après-midi).

PRÉSIDENCE DE M. FUCHS (Vienne).

1. — M. C. GROSSMANN (Liverpool). — *L'examen de l'achromatopsie (avec démonstration d'un nouvel appareil).* — M. Grossmann démontre les inconvénients de la méthode Holmgren, s'il s'agit d'examiner le sens chromatique central des employés du chemin de fer, etc. Il a construit un appareil qui consiste en une lanterne à intensité lumineuse connue devant laquelle se trouvent deux disques rotatoires. Ceux-ci contiennent à la périphérie chacun plus de 30 ouvertures égales dans lesquelles sont incrustés des verres différemment colorés. En tournant les deux disques, il place toujours côte à côte un verre de l'un et un verre de l'autre disque devant la lampe. L'intensité de celle-ci peut être modifiée en intercalant une bande de verre fumé en forme de coin. L'examinateur place un verre quelconque devant la lampe et l'examiné doit tourner l'autre disque jusqu'à ce qu'il ait trouvé le verre qui lui semble également coloré. L'appareil se trouve à dix mètres de distance d'une glace de sorte que les verres colorés et éclairés sont vus à une distance de 20 mètres. L'acuité du sens chromatique central peut être comparée de cette manière avec celle d'un œil normal.

2. — M. O. SCHIRMER (Göttingen). — *De l'adaptation de l'œil normal et pathologique.* — M. Schirmer a constaté que, chez les albinos, le sens lumineux et la perception de différences de l'intensité lumineuse ne diffèrent pas de ceux des individus normaux, excepté les grandes intensités. De plus il veut avoir trouvé que, pour les héméralopes, après un séjour assez long (jusqu'à 12 heures) dans l'obscurité, le minimum de lumière perçu est égal à celui des yeux normaux. Il croit donc que, dans l'héméralopie, il ne s'agit que d'une anomalie de l'adaptation; mais que les héméralopes sont déjà éblouis par une intensité lumineuse moyenne. M. Schirmer pense que l'adaptation dépend des processus qui ont lieu dans la couche pigmentaire par suite de l'influence de la lumière.

M. USHAFF (Berlin) s'oppose aux conclusions de Schirmer quant à l'héméralopie.

3. — M. BORTHEN LYDER (Phrondhjem). — *Démonstration d'un ophtalmoscope.*

4. — M. J. BJERRUM (Copenhague). — *Perfection de la périmétrie et champ visuel en cas de glaucome.* — M. Bjerrum examine le champ visuel non seulement avec un objet de 1 cm. de diamètre à 30 cm. de distance, mais aussi avec des objets de 6 à 3 mm. de diamètre à 2 mètres de distance. C'est ainsi qu'il a souvent découvert des scotomes dans différentes affections oculaires (choroïdite disséminée, etc.) qui se soustraient à l'examen fait avec les grands objets. Pour le glaucome, il put ainsi démontrer que les fibres nerveuses au bord de l'excavation sont le plus atteintes et que la papille optique forme le point de départ des altérations du champ visuel glaucomateux.

M. BERRY (Edimbourg) confirme les données de M. Bjerrum.

5. — M. RAMOS VICES (Mexique). — *Réfractions au Mexique en relation avec celles d'Europe.* — M. Vices a examiné au Mexique 2,800 élèves (2,300 des écoles élémentaires et secondaires, 500 des écoles supérieures). Dans les écoles élémentaires et secondaires, la myopie ne montait qu'à 2,4 0/0; dans les écoles supérieures, à 19 0/0. Dans la race indigène, la

© ANM

myopie est très rare. Même dans les écoles supérieures, elle est beaucoup moins fréquente qu'en Europe.

6. — M. J. Arminski (Essek-Autriche). — *Relation entre le punctum remotum de l'homme normal et ses occupations.* — M. Arminski établit de nouveau la thèse émise déjà par d'autres, que la myopie est l'état de rétraction normal de l'homme civilisé, l'hypermétropie celui de l'homme non civilisé, et que l'emmétropie ne forme que la transition.

7. — M. Libbrecht (Gand). — *De l'examen de l'achromatopsie.* — M. Libbrecht se sert, pour l'examen de l'achromatopsie, d'un appareil qui ressemble à celui décrit dans cette même séance par M. Grossmann, mais qui ne porte qu'un seul disque rotatoire à 16 perforations périphériques. L'examiné doit simplement dire : « Arrêt » ou « Ralentissement », suivant qu'une couleur qu'il tient pour rouge ou pour verte se présente. M. Libbrecht a examiné jusqu'ici 22,500 individus, d'où 26 0/0 de daltoniens. (*A suivre*). F. Ostwalt.

Section d'odontologie.

L'organisation de cette section a soulevé de vives discussions au sein de la commission. Devait-on admettre seulement les docteurs pratiquant l'art dentaire? Etant donné le petit nombre de ceux-ci, c'était réduire à néant cette section.

Admettre les dentistes, c'était ouvrir les portes aux « docteurs » dentistes américains établis en Allemagne, qui ne sont considérés par leurs confrères médecins que comme de simples dentistes, et aux dentistes français. Au dire d'un journal allemand, une illustration parisienne, parlant au nom de ses confrères, affirma qu'ils ne prendraient pas part au Congrès, si les dentistes français étaient admis. Je ne sais ce qu'il y a de fondé dans cette assertion, mais je dois ici rendre hommage à l'accueil bienveillant qui nous a été fait au Congrès par nos compatriotes. On décida donc de ne recevoir que les dentistes qualifiés dans les pays dont ils possédaient la nationalité. De cette façon, les Allemands qualifiés en Amérique, les Américains établis en Allemagne et les dentistes français, puisqu'en France il n'existe pas de diplôme spécial, ont été, pour ainsi dire, mis à l'index ; on les tolérait, comme s'intéressant à l'art dentaire, mais ils ne purent prendre part aux discussions.

A part la mission officielle, composée de MM. les Drs Magitot, Galippe et Gaillard, il n'y avait seulement à Berlin, comme dentistes français non docteurs, que M. Rosenthal (de Nancy) et nous, correspondant du journal *L'Odontologie*. Il y avait aussi à Berlin MM. Amœdo, Bogue, Cravens, Daboll, Davenport, Th. Evans, Rottenstein, docteurs américains établis à Paris.

Le résultat de cette sélection a été que la partie essentiellement scientifique de notre profession a été dignement représentée par les communications de MM. Miller (de Berlin), Mummery (de Londres), Weil (de Munich), Scheff (de Vienne), Cunninghan (de Cambridge), toutes accompagnées de projections microscopiques, admirablement faites et présentées. La communication de M. le Dr Galippe, sur *l'Etiologie et les complications de la gingivite arthro-deniaire infectieuse (Pyorrhea alveolaris)*, a valu à son auteur de nombreux applaudissements. Mais, le nombre de nos compatriotes étant si restreint, le président n'a pas cru devoir nous accorder la faveur de la traduction, qui n'a été faite absolument que pour les communications anglaises et allemandes. On n'a jamais traduit le français en anglais ou en allemand et réciproquement ; aussi avons-nous été péniblement impressionné lorsque M. le Dr Magitot, après avoir présenté, avec les éloges qu'il mérite, l'ouvrage de Martin (de Lyon), le déposa sur le bureau du Congrès, le président, sans mot dire, le prit et le fit circuler, absolument comme s'il se fût agi d'un simple catalogue.

En revanche, la partie opératoire s'est ressentie de l'abstention des praticiens ; le nombre des opérations, des démonstrations de procédés opératoires n'a pas été aussi grand que l'année dernière, à Paris ; cette partie, la plus importante de l'art dentaire, a été très faible et, sans le concours de quelques Américains, le Congrès eût été une immense déception.

L'aménagement dans un local trop étroit, la division en huit chambres situées à trois étages différents, tout était défectueux pour en suivre l'ensemble ; aussi nombre de nos confrères étrangers regrettaient-ils la salle pourtant si modeste de la rue Rochechouart. Nous avons assisté à de nombreuses anesthésies à l'aide du bromure d'éthyle (Hillischer), azote oxidulé (O'Brien); nous comprenons, après avoir vu le mode opératoire, enseigné par M. le Pr Busch, que l'on ne saurait désirer une anesthésie trop complète. Le patient est assis très bas, la tête renversée en arrière ; l'opérateur, placé derrière le malade, tient l'instrument dans la main droite, les mors en dedans, absolument à l'envers de nous; il se penche pardessus la tête du patient et enfonce le davier dans le maxillaire horizontalement. Les dents que nous avons vu arracher de cette façon devaient être de très mauvaise qualité, car elles ont nécessité plusieurs reprises.

Le Dr Jackson (de New-York) a montré plusieurs cas de redressements et les appareils à l'aide desquels il les a obtenus.

Le Dr Melotte (d'Itaka) montre un chalumeau à gaz et protoxyde d'azote, avec lequel il fond très rapidement de légers fils de platine.

Le Dr Cunningham (de Cambridge) montre un émail très fusible pour émailler l'or et l'argent.

Le Dr Starr (de New-York) a présenté et exécuté plusieurs travaux dits à pont ; c'est l'ancien travail français appelé pièces à bandeau modifié : les dents ou racines qui servent de soutien à ces appareils sont complètement enveloppées par une capsule d'or ; l'esthétique laisse par conséquent souvent à désirer.

La démonstration qui a surtout captivé les congressistes a été celle de l'implantation des dents dans un alvéole artificiel faite par le Dr Younger (de San-Francisco). Cette opération, qui a été le sujet de notre présentation au Congrès de Paris, où nous avons montré les résultats des deux premiers cas pratiqués en France (Voir *Progrès médical*, 2e série, t. X, no 38, 21 septembre 1889, page 272), consiste à forer le maxillaire de façon à permettre le placement de la dent à insérer. Les avis sur le mode d'union de la dent au maxillaire sont partagés. Le Dr Younger prétend que le périoste, au contact des nouvelles cellules, se revivifie. Weil (de Munich) est partisan de la théorie de Mitscherlich, et dit que c'est une union osseuse. Le Dr Galippe dit que c'est tout à fait antiphysiologique. Les dents tiennent plus ou moins longtemps ; à la percussion, le son est plus sec que sur les dents ordinaires, elles ne sont pas douées de la même mobilité ; l'implantation se fait avec n'importe quelle dent, elle n'a pas besoin d'être fraîche. Ainsi, à Berlin, le Dr Younger a trouvé le placement d'une dent de momie, il l'a implantée dans la bouche d'un *Zahnartz !* La quantité de dents à implanter ne l'arrête pas ; il nous a présenté, à son hôtel, une dame américaine à qui il a implanté les dix dents de devant de la mâchoire supérieure, l'inférieure en porte deux du même ordre. Toutes ces dents sont dans un très bel état, la gencive est très saine; trois de la mâchoire supérieure remuent légèrement et se sont allongées, il se propose de les extraire, de creuser de nouveau l'alvéole et de les réintégrer. Nous n'avons vu aucun instrument nouveau, à part un pélican, comme en employaient nos aïeux, auquel son auteur a ajouté le crochet de la clef de Garengeot ; nous devons ajouter que cet instrument est breveté.

L'Exposition de la section dentaire n'était intéressante que par la belle collection de défenses d'éléphant exposées par l'Institut dentaire de Berlin ; de nombreuses coupes permettaient de voir le travail osseux qui s'était fait à la suite de blessures produites par des armes à feu. Quelques appareils de prothèse buccale et faciale insignifiants. Quand on a vu les expositions de Martin, de Préterre, de l'Ecole dentaire de Paris, on ne peut que regretter l'exclusion des dentistes français, non docteurs en médecine, du Xe Congrès médical. Espérons qu'à l'exposition de 1892 à Chicago, nous serons en nombre et que nous pourrons alors bien établir que, si nous avons été les premiers dentistes, au commencement de ce siècle, nous n'avons pas dégénéré.

Louis Meng,
Chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris.

Assistance publique. — *Dons.* — On lit dans le *Journal Officiel* : M. E. Stern a fait remettre, le 25 août 1890, à M. le directeur de l'Assistance publique, en mémoire de M. Salomon Stern et au nom de ses héritiers, une somme de 21,000 fr., sur laquelle 2,000 fr. sont destinés aux pauvres du 8e arrondissement et 19,000 fr. à ceux des autres arrondissement.

© ANM

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 24 août 1890. — PRÉSIDENCE DE M. MOUTARD-MARTIN.

M. HACHE rapporte un cas de *pyopneumothorax interlobaire traumatique* guéri. Il s'agit d'un homme de 20 ans qui, à la suite d'un coup de couteau dans le dos, fut pris de dyspnée et consécutivement d'accès de fièvre quotidiens. La plaie se transforma en un trajet fistuleux qui donna bientôt passage à un pus très fétide. En même temps les signes d'auscultation indiquaient nettement un pyopneumothorax interlobaire sans communication avec les bronches. On lava la cavité avec une solution de biiodure de mercure à 1/000, et on introduisit dans la cavité une tige de laminaire, puis, au bout de quelques jours un double drain de caoutchouc par lequel on fit des lavages au biiodure. Au bout de quinze jours on enleva le drain et le malade sortit complètement guéri. L'oblitération de la poche a eu lieu par le simple développement du poumon. Ce fait démontre l'importance du drainage et de la suppression rapide des lavages dans le traitement des foyers intrapleuraux, et que c'est le drainage qui joue souvent dans l'opération de Letiévant-Estlander un rôle aussi important que la résection des côtes.

Il conclut que les résections costales multiples ne sont indiquées que quand les côtes sont absolument en contact, et que dans tous les autres cas on doit chercher la guérison par l'évacuation absolue et permanente du foyer qui favorise à la fois la rétraction costale et l'expansion pulmonaire.

P. SOLLIER.

CORRESPONDANCE

X^e^ Congrès international de Médecine de Berlin.

QUATRIÈME LETTRE.

Visites dans les Hôpitaux.

Hambourg, le 14 août 1890.

Mon cher Directeur,

Pendant le Congrès de Berlin j'ai visité, à la hâte d'ailleurs, quelques hôpitaux ; quelques jours plus tard, à Hambourg, j'ai pu assister, grâce à la bienveillance de M. le Dr Kummell, à un certain nombre d'opérations pratiquées par cet habile et actif chirurgien à *Marienkrankenhaus*. Peut-être ces visites, malheureusement trop hâtives, intéresseront-elles les lecteurs du *Progrès médical* ? En tous cas, voici les principales réflexions qu'elles m'ont suggérées.

A Berlin, j'ai d'abord suivi la *visite à la clinique chirurgicale* que, le lundi 4 août, le Pr Bergmann a dirigée. Avec les membres de la section de chirurgie, j'ai donc parcouru, en tous sens, cette clinique de l'Université où opère M. von Bergmann depuis la mort de von Langenbeck. Situé dans la Ziegelstrasse, au voisinage de la Privat-Klinik du Pr Gluck, connu, en Allemagne, par ses restaurations articulaires, et de l'établissement de Schmidt, le Charrière allemand, fournisseur attitré du chirurgien de l'Empereur, cet Institut de Chirurgie a été décrit plusieurs fois déjà dans notre pays (1) ; je n'y insisterai donc pas. En présence du Pr Ollier, de MM. Bouilly, Péan, Poirier, Kirmisson, Marchand, pour ne citer que des chirurgiens français, M. von Bergmann a décrit, *en langue française*, la façon dont actuellement il fait faire les pansements dans son service pour les malades opérés, *non infectés antérieurement*. Il a remplacé, désormais, pour ces cas, la méthode antiseptique par la *méthode aseptique*, comme le font, depuis plusieurs mois, à Paris, M. Terrier, pour les laparotomies (2), M. Quénu, au dispensaire Péraire, pour les opérations ordinaires, etc. Après une ovation au Pr Lister, présent à cette démonstration, M. von Bergmann a montré des cancers du sein et des résections de la hanche pansés de la sorte. Les résultats ne laissaient, en général, rien à désirer. — M. le Pr von Bergmann stérilise ses instruments en les faisant bouillir dans une solution de *carbonate de soude* à 1 0/0. Il paraît que de cette façon ils sont dépouillés de tout germe, ne se rouillent pas et restent toujours aussi bien aiguisés. Les serviettes, les draps, tout le linge qui sert dans la salle d'opérations est, au préalable, désinfecté dans une étuve de Rietsche et Henneberg, placée dans une chambre à côté de la salle d'opérations. Les objets de pansement sont stérilisés de la même façon. — Le Pr von Bergmann continue à se servir des antiseptiques (iodoforme, etc.) pour les malades infectés et les tuberculeux ; il n'emploie plus les grands lavages.

Dans notre visite à l'Urban Krankenhaus, c'est le pavillon d'opérations de ce magnifique hôpital (*Städtliches Krankenhaus*), très bien installé, grâce surtout à l'emploi de l'électricité à profusion, qui a surtout attiré notre attention. Cet hôpital-modèle n'a pas d'analogue dans notre pays ; et, avec le *Kaiser und Kaiserin Kinderkrankenhaus* (hôpital d'enfants pour les maladies infectieuses), il est un de ceux qui ont le plus vivement intéressé les médecins venus à Berlin. — Nous ne signalerons ici que sa belle salle d'opérations, un peu luxueuse, il faut l'avouer, mais assez bien comprise. La façon dont on procède à la désinfection des mains, avant l'opération, nous a surtout frappé. Chaque lavabo (il y en a plusieurs) comprend en effet : 1° une cuvette où se déverse de l'eau chaude ou de l'eau froide ; 2° une cuvette pleine d'alcool ; 3° une cuvette pleine de solution de sublimé. Au-dessus de ces cuvettes se trouve une plaquette de marbre qui supporte : 1° une petite auge en verre où baignent, dans du sublimé, des brosses à ongles ; 2° un sablier indiquant combien de temps doivent durer les différentes opérations nécessaires pour la désinfection des mains ; 3° une paire de ciseaux courbes, à pointes effilées et un instrument spécial, inconnu en France, pour le curage des ongles ; 4° un flacon contenant du savon liquide. — Cette salle d'opérations est constamment prête ; pourvue d'un matériel abondant, elle est reliée par le téléphone à la chambre de l'assistant, etc. En un quart d'heure, le chirurgien, en communication téléphonique avec son assistant qui habite l'hôpital, peut être prêt à faire une laparotomie. Cette salle est très bien éclairée à l'électricité ; elle est pourvue d'un galvano-cautère, d'un stérilisateur pour les instruments, d'une table en fer et de petites tables en verre, etc. Le seul reproche qu'on peut lui adresser est qu'elle est trop compliquée et que le système de chauffage employé n'est peut-être pas le plus pratique. A côté d'elle se trouve une autre chambre, pourvue d'un matériel spécial, où se pratiquent les opérations septiques, disposition que réclame depuis longtemps M. Terrier, en France (1). Tout est organisé, dans cet hôpital, pour que le chirurgien soit prévenu rapidement, dès qu'on a besoin de lui. Sa demeure privée, en ville, — de même que celle de son assistant, — est en relation téléphonique avec la salle d'opérations. Apporte-t-on un blessé, une personne qui a reçu un coup de revolver dans l'abdomen, par exemple, on lui téléphone aussitôt ; et, pendant le temps qu'il emploie à venir à l'hôpital (20 minutes environ), le personnel et l'assistant ont pu préparer tout ce qui est indispensable pour une laparotomie. C'est, du moins, ce qu'a raconté devant nous le chirurgien de ce bel hôpital, M. le Dr Körte.

A Hambourg, *Marienkrankenhaus* est une petite construction qui ne présente rien de particulier à signaler au point de vue médical, sauf l'existence d'une salle spéciale pour les phtisiques et d'une autre salle pour les malades atteints de fièvre typhoïde. Mais la salle d'opérations du Dr Kummell, chirurgien de l'hôpital, est d'une simplicité telle que nous ne pouvons nous empêcher de la signaler ici. Elle contraste, en effet, singulièrement avec les installations luxueuses des hôpitaux de Berlin entre autres et des établissements hospitaliers allemands en général. C'est là qu'opère, avec un brio inconnu chez nous, un jeune homme de 36 ans, chirurgien dans l'âme et, qu'on nous pardonne cette expression, jusque dans le bout des doigts ! M. Kummell, qui accueille les Français avec une bonté dont nous ne saurions trop le remercier ici, représente un type de chirurgien qui n'existe pas du tout en dehors de la capitale, mais qui existera sous peu, nous l'espérons, dans nos grandes villes de province. Avec l'aide

(1) Voir entre autres Poisson : *Voyage chirurgical en Allemagne*, 1887. Paris, O. Doin, etc., etc.

(2) Voir la communication de M. Terrier au *Congrès de Limoges* ; in *Progrès médical*, n° 34.

(1) Voir *Progrès médical*, n° 31, p. 86.

© ANM

d'un seul assistant, dont le sang-froid est aussi imperturbable que le sien, il fait tous les matins deux ou trois opérations avec un matériel aussi restreint que possible. Nous l'avons vu enlever une pyosalpingite suppurée double avec six pinces à forcipressure, un bistouri, une paire de ciseaux, une pince à disséquer et une aiguille. Il est vrai qu'il emploie l'artifice de Veit-Trendelenboug, qui facilite singulièrement l'opération. Nous espérons qu'en France on voudra bien expérimenter ce procédé, car réellement il rend l'extirpation des tumeurs du petit bassin extrêmement aisée. Comme la table de Trendelenbourg coûte extrêmement cher, M. Kummell la remplace par une sorte de pupitre en fer qu'il place sur sa table d'opérations ordinaire. Nous l'avons vu faire aussi deux résections d'intestin pour anus contre nature, une *cholécystotomie idéale* par un procédé qui n'a pas encore été expérimenté en France, etc. Mais ce qui n'a frappé le plus pendant cette visite, c'est certainement la façon dont est disposée la salle d'opérations dont les parois sont absolument nues, si bien qu'elle peut être lavée à grande eau, comme celle qu'a fait construire M. Maunoury à Chartres.

Je n'ai vu d'aussi simple à Berlin que la salle d'opérations pour trachéotomies du *Kaiser und Kaiserin Kinderkrankenhaus* (pavillon de la diphthérie). Quand donc nos hôpitaux d'enfants en France seront-ils pourvus d'installations semblables à celles qu'on trouve dans ce merveilleux établissement, où les salles pour *enfants trachéotomisés* sont disposées d'une façon vraiment étonnante ? Je serais bien aise d'en décrire ici à nouveau la disposition générale, mais comme l'espace m'est limité, je me borne à dire que jusqu'à présent on ne peut concevoir rien de mieux en ce qui concerne un hôpital pour maladies contagieuses du premier âge.

Ce qui nous a permis de visiter avec fruit et avec de grandes facilités les établissements hospitaliers et scientifiques de Berlin, ce sont les ouvrages qu'on nous a distribués. Je citerai surtout le petit *Guide médical à Berlin*. Plusieurs *Festschrift* nous ont été gracieusement remis. Citons entre autres celui de la section de Gynécologie qui renferme des travaux très intéressants des gynécologues berlinois. Le *Deutsche Kurorte*, dû à M. Lassar, a facilité à un certain nombre de médecins leur visite aux Eaux minérales allemandes. A citer en outre les trois volumes distribués par les autorités sanitaires et la ville de Berlin. *Anstalten und Einrichtungen des öffentlichen Gesundheits wesens in Preussen ;* par M. le Dr Pistor (Berlin). (Description des universités et des hôpitaux prussiens) ; offert par M. le Dr von Gossler, ministre de l'instruction publique. — *Deutsches Gesundheits wesen ;* par M. le Dr Pistor. (Organisation de la médecine publique en Allemagne). Deux volumes très bien reliés et d'une belle impression. — *Die öffentliche Gesundheits und Kranken plege der Stadt Berlin ;* par M. le Dr Buchholtz. (La médecine et l'assistance publiques à Berlin); offert par la ville de Berlin. Volume qui ne cède en rien aux précédents.

En terminant ces courtes notes sur le Congrès de Berlin, je tiens à protester contre un bruit qui a été répandu en France par certains journaux, dans un but que nous ne voulons même pas essayer de rechercher. On a prétendu qu'à la réception, à l'Hôtel-de-Ville de Berlin, on avait joué la *Marseillaise*. Rien de plus inexact. Les médecins français ont été reçus, comme nous l'avons mentionné dans notre dernière lettre, avec courtoisie et bienveillance ; mais, en toutes circonstances, nos compatriotes sont restés sur la plus prudente réserve. Ils savaient pourquoi ils venaient à Berlin et comment ils devaient y paraître.

Veuillez agréer, etc. Marcel BAUDOUIN.

Congrès archéologique de Liége

Il y a quelques jours s'est ouvert, à Liège, le 6e Congrès des Sociétés archéologiques et historiques de Belgique. Les congressistes ont été reçus par le bourgmestre et M. Bormares, administrateur de l'Université. Ce Congrès comprenait trois sections, entre autres une *Géologie préhistorique*, dans laquelle se trouvaient les Français, MM. de Mortillet, de Nadaillac, Hamy (Trocadéro), etc. Dans cette section, on s'est occupé des âges de la pierre polie et du bronze et du fer, des mouvements des peuples, des types des diverses races. — Le prochain Congrès se réunira en 1891 à Bruxelles.

CHRONIQUE HOSPITALIÈRE

L'Asepsie et l'Antisepsie à l'Hôpital Bichat. Service de Chirurgie de M. le Dr F. TERRIER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris *(suite)* ; par Marcel BAUDOUIN, ancien interne en chirurgie à l'hôpital Bichat (1).

Les deux nouvelles salles d'opérations du service des femmes sont placées l'une à côté de l'autre et communiquent entre elles. La première correspond au vestibule de la salle d'opérations du côté des hommes (*Fig* 1, n° 72 du plan) ; la seconde à cette salle elle-même. Le nouveau pavillon pour les laparotomisées a été construit, comme nous l'avons dit, sur le flanc de cette dernière salle et communique avec elle.

a). *Salles d'opérations.*

1° *Salle pour les opérations courantes.* — La première salle d'opérations, réservée aux opérations courantes, est la plus petite. Elle possède un matériel (instruments et substances de pansement) spécial pour elle seule ; elle n'est en réalité qu'une réduction de la salle d'opérations des hommes. Au lieu d'être chauffée par un calorifère, elle possède un poêle. Les appareils à stériliser l'eau (Bougie Chamberland, chauffe-bains, etc.) sont absolument les mêmes qu'aux hommes. Il y a aussi un chauffe-linge, une petite table pour instruments à bassins nickelés (modèle Lucas-Championnière-Berger), des tablettes qui supportent des flacons remplis de liquides antiseptiques ou des boccux qui renferment des substances de pansements. Le stérilisateur Poupinel du service des femmes se trouve dans la salle des laparotomies. Il nous semble superflu d'insister davantage pour ne pas tomber dans des redites inutiles.

2° *Salle des Laparotomies.* — Elle est très comparable à la salle d'opérations des hommes, décrite plus haut. Elle est pourvue désormais d'un châssis vitré qui rend les plus grands services dans les interventions qui portent sur le petit bassin. La photographie ci-jointe montre mieux que toute description la façon dont elle a été agencée. Elle est encore éclairée au gaz ; il est vrai qu'on n'y opère jamais pendant la nuit. Une pancarte qui porte ces mots : « Défense de toucher aux instruments et de parler pendant l'opération » est accrochée à l'un des murs, bien en vue (2). Tous les objets qui s'y trouvent ne servent qu'aux laparotomies (fils à sutures, instruments, drains, etc.). Elle possède un matériel absolument spécial. Comme celle des hommes, elle renferme tous les appareils à stériliser l'eau, le chauffe-linge, le calorifère, les solutions antiseptiques, etc., qui lui appartiennent en propre. On y trouve aussi le stérilisateur pour les instruments, le fourneau à gaz qui sert à faire bouillir les matériaux pour les sutures (crin de Florence, soie, etc.), les instruments qu'on ne fait pas passer par l'étuve à air chaud, etc. (Voir *Fig.* 29).

Ce n'est certes pas, à notre avis du moins, l'idéal. Nous pensons, en effet, que tout cela devrait être relégué *dans une chambre voisine* — que dans certains hôpitaux on nomme *arsenal* — attenante à la salle des laparotomies. Cette dernière devrait être *absolument nue* et ne renfermer que ce qui est indispensable pendant l'opération, c'est-à-dire la table à opérations, quelques tables en métal ou en verre pour déposer les instruments, les compresses, les éponges, les cuvettes nécessaires pendant l'intervention elle-même. Une telle salle à laparotomies serait bien plus facile à maintenir aseptique ; elle serait chauffée par une bouche de chaleur dépendant d'un calorifère placé au dehors, comme dans l'installation de M. Maunoury, à Chartres. Le parquet et les murs ne présenteraient aucune anfractuosité ; de la sorte on pourrait les nettoyer, facilement et fréquemment, à grandes eaux. Elle devrait être pourvue d'une *source électrique* puissante et être éclairée à l'électricité.

b). *Le Pavillon des Laparotomisées.*

Le pavillon des laparotomisées est un petit bâtiment à un étage construit aux côtés de la grande salle d'opérations. On y accède par une porte s'ouvrant dans la salle à laparotomies et

(1) Voir *Progrès médical*, n° 5, 7, et 9, 1890 ; consulter les figures qui s'y trouvent.

(2) Comme à la salle des hommes, d'ailleurs.

© ANM

faisant communiquer le service de M. Terrier avec le premier étage de ce pavillon. Un escalier conduit du premier étage au rez-de-chaussée, d'où, par une autre porte, on peut gagner les dépendances de l'hôpital.

qui s'y trouvent. M. Terrier et son assistant font en général deux à trois laparotomies par semaine : ce qui explique pourquoi les malades changent de chambre d'isolement comme nous l'avons indiqué.

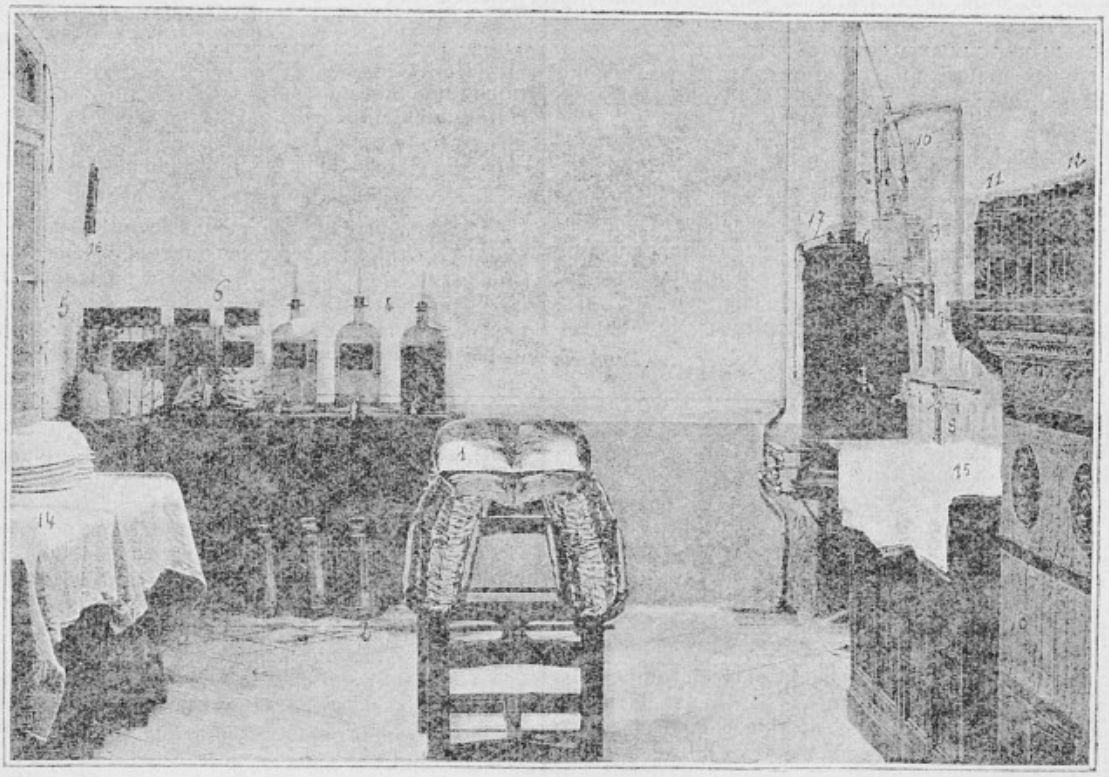


Fig. 29. — Salles des Laparotomies (service des femmes). — *Légende* : 1, Table d'opérations (ancien modèle). — 2, Boîtes à fermeture hermétique pour *ouate aseptique* stérilisée à l'étuve Sorel-Quénu. — 3, Caisse remplie de solution de sublimé, où séjournent, dans l'intervalle des opérations, les cuvettes placées sur la table n° 14. — 4, Flacons pour *liquides antiseptiques* (solutions de sublimé, d'acide borique et d'acide phénique). — 5, Bocaux pour matériaux de pansements (*gazes* iodoformée, salolée, etc., etc.). — 6, Bocaux avec *compresses aseptiques*, sèches ou humides. — 7, Bocal plein de sublimé où séjournent les brosses à ongles. — 8, Double lavabo. — 9, Réservoir d'eau filtrée. — 10, Bougie Chamberland. — 11, Bocaux à drains de différents calibres (petits, moyens, gros). — 12, Bocaux à fils élastiques en caoutchouc, à tampons, etc. — 13, Calorifère. — 15, Buffet pour matériaux de pansements. — 16, Thermomètre. — 17, Réservoir d'eau filtrée bouillie. — 18, Robinet d'eau filtrée bouillie. — 19, Appareil de chauffage pour le réservoir n° 17. — Au-dessus de 15 se trouve une planchette avec flacons pour substances à sutures (crins de florence, soie, etc.).

Ce rez-de-chaussée renferme deux chambres, l'une de 3, l'autre de 2 lits; au premier étage se trouve une chambre de 2 lits et une chambre à un lit. C'est dans cette dernière, la plus voisine de la salle d'opérations, qu'on place la malade à opérer, deux ou trois jours avant l'intervention; c'est là aussi qu'on l'endort (salle d'anesthésie) avant de la transporter dans la salle des laparotomies. Après l'opération, elle y séjourne deux ou trois jours, puis passe dans la deuxième chambre du premier étage. Les malades sont transportés du premier étage au rez-de-chaussée le 7e ou le 8e jour, à moins que leur santé ne se rétablisse pas, pour une cause ou pour une autre. En bas, il n'y a donc que les convalescentes, que les opérées qui se lèvent.

Ce pavillon a été construit d'après les mêmes principes que ceux qui ont été mis en usage lors de l'édification de l'hôpital Bichat, c'est-à-dire d'après les règles formulées par M. Tollet. Bien entendu, les lits n'ont pas de rideaux; le chauffage se fait par des cheminées; le sol est en ciment, sans rainures, les angles arrondis, etc.

Des sonneries électriques permettent aux malades d'appeler les infirmières, dont deux sont spécialement affectées au service de ce pavillon. Un tube acoustique relie le pavillon au cabinet de la surveillante du service des femmes. Les malades et les infirmières de ce pavillon n'ont pas, autant que possible du moins, de communication avec le service; la surveillante seule peut aller de l'un à l'autre. Toutefois l'isolement n'étant pas rendu absolu par une séparation matérielle, il est fort probable que, quand le personnel médical n'est plus là, il devient assez relatif; en tous cas, on fait ce que l'on peut pour le rendre le moins imparfait possible.

Un des internes n'a à s'occuper que des malades et des opérées

II. — PRÉPARATIONS DES MATÉRIAUX NÉCESSAIRES POUR LES OPÉRATIONS.

a). *Substances pour les ligatures et les sutures.* — Les matériaux employés pour toutes les opérations sont les mêmes que partout ailleurs. On les prépare parfois d'une façon un peu particulière.

1° Le *catgut*, très rarement employé aujourd'hui par M. Terrier, était jusqu'à ces derniers temps fourni par le commerce sous forme de catgut conservé dans l'huile phéniquée. Pour le mieux désinfecter et le ramollir un peu, pour le rendre suffisamment souple, on le laissait séjourner 15 jours au moins dans une solution de sublimé à 1/1000e; puis on l'enroulait sur des bobines de verre. On le conservait dans des flacons de verre bouchés à l'émeri. Ce catgut était très suffisant, très maniable, solide; mais, préparé ainsi, il n'était pas toujours absolument aseptique. Aussi M. Terrier l'a-t-il peu à peu abandonné.

2° La *soie* employée est ronde et fine ou grosse et plate; moyenne ou grosse, elle est tressée sur le plat. On l'enroule sur des cylindres de verre en forme de petites bobines; on a autant de cylindres que de fils de soie de calibre différent. Toutes ces bobines de soie, comme celles de catgut ou les crins de Florence, sont placées dans des bocaux de verre cylindriques, à large ouverture et dont la hauteur égale environ le diamètre de la base. Ces dimensions sont les plus commodes pour rendre facile la préhension des fils qu'ils renferment, sans les infecter. Ces bocaux sont pleins de solution de sublimé à 1/1000e.

Pour désinfecter la soie, M. Terrier se contente désormais de la faire bouillir, immédiatement avant de s'en servir, dans un

© ANM

vase en nickel massif, rempli de solution de sublimé à 1/1000e. Ce vase est inaltérable. Plusieurs ébullitions à plusieurs jours d'intervalle offrent encore plus de garantie.

La soie aseptique est ce qu'il y a de mieux jusqu'à présent comme fil à ligatures, surtout pour les ligatures perdues. Il semble, en effet, plus facile de désinfecter la soie que le catgut; aussi M. Terrier préfère-t-il maintenant, pour plus de sûreté, laisser de côté le catgut. Si l'on se contente en effet de stériliser celui-ci par un séjour prolongé dans le sublimé, on n'arrive pas à un résultat satisfaisant pour la raison suivante. Il se forme à la surface du catgut, plongé dans une solution de ce sel mercurique, une sorte de croûte superficielle, due à la coagulation de la périphérie du catgut au contact du sublimé; bientôt cette croûte devient coriace, résistante, imperméable et empêche parfois l'antiseptique de pénétrer jusque dans la partie centrale du fil qui contient souvent des micro-organismes (1).

3° Le *crin de Florence* peut être rendu aseptique de la même manière que la soie; mais un séjour dans une solution de sublimé, pourvu qu'il soit assez prolongé, le désinfecte très bien, sans jamais l'altérer. Il est d'un usage courant pour les sutures temporaires et superficielles.

4° M. Terrier a employé quelquefois les fils de *tendons de kanguroo* et s'en est très bien trouvé; malheureusement on ne peut pas s'en procurer facilement en France.

5° Les *fils d'argent* sont, depuis une année, toujours stérilisés à l'étuve Poupinel. Pour ce faire, on les place, après les avoir coupé de longueur suffisante, dans des tubes de verre obturés avec la ouate aseptique.

Des petits bocaux spéciaux renferment tous ces matériaux à sutures; il y en a qui servent exclusivement pour les grandes opérations, d'autres pour les opérations de chirurgie courante. Ces bocaux sont flambés à l'avance, toutes les fois que la chose est possible, ou lavés avec soin au sublimé.

VARIA

Le Choléra en Europe.

D'après le *Temps*, voici les renseignements que M. le Pr Proust a fournis cette semaine au Comité consultatif d'hygiène publique de France sur la marche du choléra en Europe.

En *Espagne*, le choléra continue à s'étendre. Dans certains villages, la plupart des habitants s'enfuient laissant les malades sans secours. Dimanche dernier 24, 68 cas de choléra et 32 décès ont été constatés dans les provinces d'Alicante, Badajoz, Tolède et Valence. A Tarragone on annonce que deux cas de choléra se sont produits dans cette ville, dont un suivi de mort. A Tortose, l'état sanitaire est de moins en moins satisfaisant. L'épidémie a envahi tous les quartiers de la ville et même la campagne environnante. Du 9 au 16 août, le nombre des décès s'est élevé à 53, dont 23 causés par le choléra.

En *Arabie*, à la Mecque et à Djeddah, la mortalité a été considérable. Du 10 au 15 août, on a constaté 427 décès à la Mecque, et 238 à Djeddah. Le 12 août, est parti de Djeddah le bateau *Malacca* pour Djebel-Tor, Smyrne, Constantinople, avec 980 pèlerins turcs. Le 13 août, est parti également de Djeddah le bateau *Rocca* pour Djebel-Tor et Smyrne avec 480 pèlerins turcs. Les dépêches de Djeddah et de Tor montre que l'épidémie présente un caractère de véritable gravité à Djebel-Tor. Un navire, l'*Adana*, venant de Djeddah et chargé de pèlerins, est arrivé ayant eu 18 décès en traversée et 2 décès au débarquement. Depuis, une trentaine de décès cholériques ont été constatés à Djebel-Tor. Le campement est donc infecté. Des rapports officiels annoncent que, du 13 au 17 août, le choléra a fait 1,874 victimes à la Mecque. Plusieurs cas de cette maladie se sont aussi produits à Taif, mais ils n'avaient heureusement pas un caractère très grave, tandis qu'à Djeddah 124 personnes ont succombé, le 16 courant, à ce terrible fléau.

Une dépêche du Caire, du *Times*, signale une dimiuotion de l'épidémie cholérique. Le nombre des décès à Djeddah a été de 26 samedi, de 15 dimanche et de 13 lundi. A la même, pour ces trois journées, il n'y a eu que deux décès.

En *Egypte*, la santé publique continue à être parfaite.

Le Conseil sanitaire d'Alexandrie a prescrit des mesures défensives énergiques, sur la proposition du médecin sanitaire de France. Les embarquements clandestins de pèlerins doivent être activement surveillés, et un croiseur doit empêcher tout débarquement des pèlerins qui voudraient échapper aux mesures d'isolement et d'assainissement. Afin d'enrayer le développement de l'épidémie cholérique, le gouvernement égyptien à résolu d'établir un second poste de quarantaine à Rasmallah, dans le golfe de Suez. Ces mesures sont bien combinées. Il est à craindre toutefois que l'administration sanitaire égyptienne ne puisse disposer de moyens de désinfection suffisants. Cependant le Conseil sanitaire a prescrit l'acquisition de trois étuves à désinfection à vapeur sous pression. La protection de l'Europe dépend évidemment du gouvernement égyptien. Si un navire infecté franchissait le canal de Suez, la Méditerranée et l'Europe seraient très compromis.

En Mésopotamie, le choléra continue également à régner. Les télégrammes annonçant qu'il avait franchi la frontière russo-persane n'ont heureusement pas été confirmés.

En *Allemagne*, la *Gazette de la Croix* signale plusieurs décès suspects et présentant les symptômes du choléra, qui auraient été constatés dans des villages du cercle d'Ohlau, en Silésie.

Toutes les puissances continuent à se défendre énergiquement; le gouvernement portugais a prescrit une quarantaine de 7 jours à Marvar et à Elvar, sur la frontière de terre qui sépare l'Espagne du Portugal, et le gouvernement italien vient de prescrire 15 jours de quarantaine de rigueur à Massouah. M. Proust, dans l'inspection qu'il vient de faire à la frontière franco-espagnole, a constaté que nos divers postes sanitaires fonctionnaient convenablement. Dans les postes établis sur les lignes ferrées, la visite des bagages sera double; elle sera d'abord opérée par les agents du service sanitaire et complétée par les agents du service des douanes, ainsi que cela se pratiquait déjà à Cerbère. M. Proust a prié le Comité de voter des remercîments à tous ceux qui prennent part à ce service: médecins, commissaires spéciaux, agents des douanes, agents des chemins de fer. Il a demandé que des remercîments particuliers soient adressés aux étudiants, qui, répondant spontanément à l'appel qui leur a été fait, ont délaissé leurs travaux et leur foyer pour venir s'enfermer dans des postes isolés où ils savent pouvoir être utiles. Le Comité a émis le vœu d'adresser ces remerciments.

M. Proust a informé aussi le Comité que, d'après une nouvelle publiée dans le *New-York Herald*, M. le Dr Hamilton, chirurgien général des Etats-Unis, devait se rendre en Europe, à l'effet d'établir, auprès des consuls américains, des médecins ayant pour mission d'examiner les émigrants et d'empêcher l'embarquement des infirmes et des personnes atteintes de maladies contagieuses.

École du Service de Santé.

Liste par ordre alphabétique des élèves admis à subir l'épreuve orale d'admissibilité.

Candidats à quatre inscriptions : MM. Adoue, André, Arnal, Augarde, Bar, Bize, Bonavita, Boucarut, Bouffandeau, Bourlanje, Boyer, Breuil, Briche, Calba, Caruson, Cautier, Carbonnier, Cathoire, Causeret, Chalais, Champon, Chavin, Clavelier, Collet, Collin, Colomb, Combret, Conte, Couder, Couraud, Creinazy, Daloz, Daunat, Décupper, Defoug, Delabaude, Delmas, Delon, Dénommé, Deville, Doizyl, Drouineau, Dubois, Dupont, Dupuis, Duroselle, Espagnol, Faure, Féraud, Fleury, Fons, Fortier, Gallay, Gaudar, Gauthier, Gautrand, Gencel, Gerbaux, Ginestoux, Giraudon, Granboulan, Gras, Grèzes, Guichard, Guichemarre, Guillaume, Haury, Huber, Hugon, Hunon, Jaihly, Jaffary, Jauffret, Jenny, Jirou, Jourdan, Jouves, Lanne, Laurent, Laval, Lefèvre, Le Gallice, Lemarchand, Lesnès, Lesterlin, Leymarie, Maiogny, Marlier, Massenet, Mathieu, Mélot, Mermenier, Mialaret, Miramond, Mocquot, Montalti, Monteille, Ortholan, Palet, Paris,

(1) Nous nous sommes demandé bien des fois pourquoi on avait choisi le catgut pour fil à sutures perdues. On semble oublier, en effet, que le catgut est fait avec des *intestins*, c'est-à-dire avec un organe qui doit contenir, de par sa nature même, un certain nombre de microbes plus ou moins nuisibles. La soie, au contraire, est le produit d'une glande spéciale, qui doit bien rarement contenir des éléments septiques. On n'a donc pas grande peine à la rendre stérile.

© ANM

Perceau, Perdriat, Picqué, Pignet, Pillon, Pinot, Pousard, Poret, Pons, Quilly, Remlinger, Ricaud, Riol, Rispal, Robin, Rogier, Rolet, Rouanet, Rouquette, Roussel (J.-A.), Roussel (P.-A.), Roux (P.-A.), Pailhan, Scherb, Sexe, Stéfani, Terrin, Thévenin, Ulmann, Védrines, Vidal, Vigerie, Viguier, Vuillard, Wahl, Veil et Zimmermann. — *Candidats à huit inscriptions* : MM. Astruc, Barada, Baudron, Beaussenot, Binac, Biard, Bichelonne, Bodin, Bourdier, Bourguignon, Brumard-Deshoulières, Buy, Chevron, Clerc, Cornet, Cuinier, Delaveau, Dubourg, Duhaut, Dumogier, Faure, Fort, Frèche, Gauthier (P.-A.), Gorse, Guillaumont, Guillemin, Haller, Hamant, Henry, Herblini, Hotchkiss, Lair, Lallemand, Lallier, Lang, Laurençon, Leleu, Lenoir, Lesourd, Maginelle, Mangenot, Mesnard, Mével, Molinié, de Paulo, Périollat, Perrogon, Peyré, Pussacq-Larceleau, Rablec, Ratignié, Raynal, Renard, Rocaz, Roux (C.-E.) Roy, Saisset, Terrasse, Thibaud, Thierry, Vernet, Vincent, Vires, Volpei, Volpert, Wilhelm. — Tous ces candidats devront être rendus la veille du jour fixé pour les examens, dans la ville qu'ils auront choisie, et se présenter au médecin-chef de l'hôpital militaire ou des salles militaires de l'hospice mixte, qui leur donnera les renseignements nécessaires pour les examens du lendemain.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 17 août 1890 au samedi 23 août 1890, les naissances ont été au nombre de 1098 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 404 ; illégitimes, 116, Total, 520. — *Sexe féminin :* légitimes, 408 ; illégitimes, 170, Total, 578.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 17 août 1890 au samedi 23 août 1890, les décès ont été au nombre de 481 savoir : 489 hommes et 392 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 4, F. 8, T. 12. — Variole : M. 1, F. 0, T. 1. — Rougeole : M. 9, F. 13, T. 22. — Scarlatine : M. 7, F. 10, T. 5. — Coqueluche : M. 8, F. 1, T. 9. — Diphthérie, Croup : M. 16 F. 11, T. 27. — Choléra : M. 00, F. 00, T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 94, F. 63, T. 157. — Autres tuberculoses : M. 11, F. 9, T. 20. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 5, T. 5. — Tumeurs malignes : M. 14, F. 35, T. 49. — Méningite simple : M. 16, F. 10, T. 26. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 16, F. 11, T. 27 — Paralysie : M. 1, F. 2, T. 3. — Ramollissement cérébral : M. 3, F. 1, T. 4. — Maladies organiques du cœur : M. 16, F. 19, T. 35. — Bronchite aiguë : M. 6, F. 8, T. 14. — Bronchite chronique : M. 7, F. 8, T. 15. — Broncho-Pneumonie : M. 14, F. 6, T. 20. — Pneumonie : M. 11, F. 7, T. 18. — Gastro-entérite, biberon, M. 85, F. 62, T. 148. — Gastro-entérite, sein : M. 10, F. 14, T. 24. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 5, F. 1, T. 6. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 4, T. 4 — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Débilité congénitale : M. 13, F. 7, T. 20. — Sénilité : M. 7, F. 10, T. 17. — Suicides : M. 12, F. 6, T. 18. — Autres morts violentes : M. 8, F. 0, T. 20. — Autres causes de mort : M. 89, F. 63, T. 152. — Causes restées inconnues : M. 5, F. 2, T. 7.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 71, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 26, illégitimes, 11. Total : 37. — *Sexe féminin :* légitimes, 16 ; illégitimes, 18 Total : 34

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. TILLAUX, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de médecine opératoire à la dite Faculté, à partir du 1er novembre 1890. — M. LE DENTU, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de clinique chirurgicale à la dite Faculté, à partir du 1er octobre 1890.

ECOLE DU VAL-DE-GRACE. — M. le médecin inspecteur WEBER vient de faire, à Besançon, la remise du service de santé de notre région-frontière à M. le médecin inspecteur Mathis. C'est l'admission à la retraite par limite d'âge de M. le médecin inspecteur Gaujot qui a fourni l'occasion d'appeler M. Weber au conseil de santé des armées et à la *direction* de l'Ecole d'application de la médecine militaire au Val-de-Grâce.

HÔPITAL DE DIEPPE. — Le général Le Baron, républicain de vieille date, car au plébiscite qui suivit le coup d'Etat, il signa *non* étant colonel, vient de mourir à Offranville, près de Dieppe, laissant à l'hôpital de cette ville une partie de sa modeste fortune.

HYGIÈNE DES ARMÉES EN ALLEMAGNE. — Les médecins militaires, chargés de représenter la médecine militaire française au Congrès de Berlin, ont été, on le sait, particulièrement bien accueillis des chefs de l'armée allemande. A Berlin, à Spandau, à Dresde, ils ont visité les hôpitaux militaires, les infirmeries de régiments, les casernes les plus perfectionnées. Ils ont constaté qu'en matière d'hygiène et d'hospitalisation militaires nous n'avons que peu de choses à envier aux Allemands. Nos nouvelles casernes assurent un cubage d'air de 30 mètres par homme dans les chambres de la troupe ; les casernes tant vantées de Dresde ne donneraient que 11 mètres, et elles seraient plus mal tenues que les nôtres. La même constatation a été faite à Berlin. Notre paquet de pansement a été reconnu très supérieur par les notabilités du corps de santé allemand. Le matériel roulant pour les ambulances est par contre mieux compris chez nos voisins ; mais il date en France de l'époque où l'intendance dirigeait le service hospitalier. Des améliorations notables seront apportées aux voitures d'ambulance en voie de construction.

NÉCROLOGIE. — M. Ludwig RITTER VON BARTH DE BARTHENAU, professeur de chimie à l'Université de Vienne, mort le 3 août dernier, à l'âge de 52 ans. Né à Roveredo, dans le Tyrol du Sud, élève de Liebig et de Pettenkoffer, puis assistant d'Hlasiwetz, il fut nommé d'abord professeur à Imsbruck. On doit à ce savant des travaux très importants de chimie organique.

Phthisie, Bronchites chroniques. —EMULSION MARCHAIS.

Dyspepsie. Anorexie. — Ces états pathologiques si fréquents et qui compromettent si gravement la nutrition, sont rapidement modifiés par l'Elixir et pilules GREZ Chlorhydro-pepsiques (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.

Albuminate de fer soluble (LIQUEUR DE LAPRADE) le plus assimilable des ferrugineux (Pr Gubler). Une cuillerée à chaque repas. Chlorose et troubles de la menstruation, c'est le fer gynécologique par excellence.

Précieuse. Source de VALS, très efficace contre les affections du Foie et de la Vessie. (Calculs, Gravelle, Diabète, Goutte, etc.) *Prescrite par les Médecins des Hôpitaux de Paris.*

AUX BUREAUX DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Ouvrages provenant de la vente des Bibliothèques de MM. Béclard, Bricon, etc.

JACOB (Le Bibliophile) (P.-L.). — Curiosités de l'histoire des croyances populaires au moyen âge. Volume in-8 de 325 pages. — Prix : 2 fr. — Paris, 1859. — A. Delahaye.

MAIRET (A). — De la démence mélancolique. Contribution à l'étude de la périencéphalite chronique localisée et à l'étude des localisations cérébrales d'ordre chronique. — Prix : 5 fr. — Paris, 1883. — G. Masson.

VIENT DE PARAITRE

AUX BUREAUX DU *PROGRÈS MÉDICAL*

14, Rue des Carmes, 14

L'ANNÉE MÉDICALE

(DOUZIÈME ANNÉE 1889)

Résumé des progrès réalisés dans les sciences médicales, publié sous la direction du Dr BOURNEVILLE, médecin de l'hospice de Bicêtre, rédacteur en chef du *Progrès médical*, avec la collaboration de MM. Aigre, Baratoux, M. Baudouin, R. Blanchard, F. Bottey, E. Brissaud, P. Budin, Capitan, Comby, L. Cruet, Delfau, Guinon, Isch-Wall, A. Josias, P. Keraval, Kœnig, P. Loye, A. Malherbe, P. Marie Maunoury, Maygrier, Œttinger, R. Picquet, Plicque, P. Poirier, F. Poncet, G. Raymond, A. Sevestre, Tavernier, R. Vigouroux.

Un beau volume in-18 charpentier de 460 pages. — Prix : 4 fr. ; pour nos abonnés, prix : 3 fr. ; (dans nos bureaux), par la poste, 3 fr. 50.

Recherches Cliniques et Thérapeutiques

SUR

L'ÉPILEPSIE, L'HYSTÉRIE & L'IDIOTIE

Compte rendu du Service des Enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1889

par **BOURNEVILLE, SOLLIER et PILLIET**

Un volume in-8° de LVI-188 pages. — Prix : **5** francs.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

© ANM

18e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XII. N° 36. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 6 SEPTEMBRE 1890.

179

Le Progrès Médical

CLINIQUE NERVEUSE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. J.-M. CHARCOT.

Des tremblements hystériques ;

Leçon recueillie par Georges GUINON, chef de clinique (1).

SOMMAIRE. — Date récente des premières études sur le tremblement hystérique : travaux de MM. Rendu, Pitres, Dutil. Classification des tremblements hystériques ; leurs rapports avec les autres espèces de tremblements, dont ils ne paraissent être que des imitations plus ou moins parfaites; tremblements hystériques oscillatoire, vibratoire et intentionnel. Formes généralisées ou partielles. Leur mode d'apparition, leurs caractères, leurs rapports d'évolution avec la névrose hystérique. Relations de deux cas de tremblement hystérique ayant trait, l'un à la variété intentionnelle, l'autre à la variété vibratoire.

Messieurs,

Nous allons aujourd'hui nous occuper de quelques points relatifs à l'histoire clinique du tremblement ou mieux des tremblements hystériques.

Il est singulier, Messieurs, que cette partie de la symptomatologie de l'hystérie, qui semble cependant destinée, à mesure qu'on l'étudiera de plus près, à prendre un développement de plus en plus étendu, ait été si fort négligée jusque dans ces derniers temps. Elle paraît même avoir passé à peu près inaperçue.

Ainsi, dans l'ouvrage de Briquet, si complet à d'autres égards, on ne trouve que peu de chose sur le tremblement hystérique. Voici d'ailleurs tout ce qu'il en dit (2) : « Le tremblement se rencontre assez fréquemment chez les hystériques. Il est passager ; après quelques heures ou quelques jours au plus, il se dissipe spontanément. Chez très peu de malades ce trouble du mouvement reste permanent. Il se reproduit avec la plus grande facilité. »

Ce n'est pas grand'chose, vous le voyez, Messieurs. Mais ce rôle effacé du tremblement hystérique dans le livre de Briquet tient peut-être à ce qu'il a observé surtout chez les femmes. Il me semble, en effet, que c'est chez l'homme plus particulièrement qu'on l'observe. On le voit, par exemple, souvent signalé dans ces derniers temps dans les cas rapportés à la névrose traumatique (*Traumatische Neurose*), laquelle, je crois l'avoir démontré, doit rentrer dans l'histoire de l'hystérie et se rencontre plus fréquemment chez l'homme.

C'est chez l'homme que j'ai pour la première fois reconnu que le tremblement peut occuper une place importante dans la symptomatologie de l'hystérie. Déjà autrefois même, j'avais cherché à le faire entrer dans la classification par moi proposée des tremblements, fondée sur le nombre des oscillations par seconde (3). Je lui avais assigné là une place intermédiaire entre les tremblements lents et les tremblements rapides ou vibratoires.

A cette époque, nous n'avions pas encore aperçu qu'il existe diverses variétés bien tranchées du tremblement hystérique ; nous avions reconnu, du moins, avec M. P. Marie, mon chef de clinique d'alors, qu'un de ses caractères est de paraître éminemment variable, si on l'envisage comme une unité. Mais précisément ce serait une erreur de le considérer ainsi et il est impossible de lui appliquer une formule univoque. Il est au contraire parfaitement établi par les études récentes qu'il ne faut pas parler du tremblement hystérique, mais bien des tremblements hystériques, lesquels peuvent être ramenés à un certain nombre de types distincts.

C'est à ce point de vue que les choses ont été avec raison considérées par M. Rendu, dans la note qu'il a présentée le 19 avril 1889 à la Société médicale des Hôpitaux, sur le tremblement hystérique et ses diverses variétés (1). Ce travail important peut être regardé comme ouvrant une ère nouvelle. C'est vraiment la première fois que les tremblements liés à la névrose hystérique ont été décrits et classés de façon à permettre désormais de les distinguer dans la pratique.

Cinq mois plus tard, M. Pitres (de Bordeaux) publiait dans le *Progrès Médical* une série de leçons sur le tremblement hystérique (2). Bien qu'il n'ait eu aucune notion du travail de M. Rendu au moment où il étudiait ces tremblements, M. Pitres envisage cependant la question sous le même point de vue et aboutit aux mêmes conclusions, à savoir qu'il convient d'établir un certain nombre de types de tremblement hystérique distincts les uns des autres.

Un peu avant la publication des leçons de M. Pitres, M. Dutil, mon interne, composait un travail sur le même sujet, travail fort intéressant, fondé surtout sur l'étude de malades rassemblés par nous à cet effet dans le service de clinique. Ce travail, non encore publié, a été présenté par lui à un concours ; mais je le connais dans tous ses détails et j'ai pu en tirer parti pour notre étude d'aujourd'hui (3). Il s'agit d'un assez volumineux mémoire dans lequel les tremblements hystériques, étudiés cette fois sur une grande échelle, sont classés d'après les principes établis par M. Rendu. Mais il est, on peut le dire, plus complet que les travaux antérieurs, en ce sens qu'il embrasse l'étude, autant qu'on peut en juger quant à présent, de tous les tremblements hystériques possibles.

Il résulte de cette étude que les divers types de tremblement hystérique peuvent être rapprochés des types de tremblement déjà connus, auxquels ils ressemblent plus ou moins fidèlement et avec lesquels, si l'on n'était pas prévenu, on pourrait les confondre dans la pratique. En d'autres termes on peut dire que chaque type de tremblement non hystérique a, dans la catégorie de l'hystérie, son pendant, son « *sosie* » qu'il faut apprendre à démasquer.

Ceci est bien fait, Messieurs, pour nous faire pressen-

(1) Leçon du 13 novembre 1889.
(2) Briquet. — *Traité de l'hystérie*, p. 478.
(3) Voyez *Leçons sur les Maladies du Système nerveux*, t. III, p. 213, et *Leçons du Mardi*, t. I, p. 398.

(1) Rendu. — *Soc. méd. des hôp.* Séance du 19 avril 1889.
(2) Pitres. — *Leçons sur le tremblement hystérique.* (*Progr. Méd.*, septembre 1889).
(3) Le travail de M. Dutil est aujourd'hui en cours de publication. Une partie a déjà paru dans la *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1890, nos 1 et 2 (G. G.).

© ANM

tir l'importance qui s'attachera désormais à l'étude de ce phénomène. L'hystérie, dans cette forme, pourra simuler toutes les espèces de tremblements liés à des maladies organiques ou purement névropathiques. Combien ne sera-t-il pas important, en clinique, de savoir que tel ou tel tremblement n'est pas produit par une sclérose en plaques ou une paralysie agitante, ou encore une maladie de Basedow, mais qu'il est tout simplement une manifestation de l'hystérie !

Voici, à mon avis, la classification des tremblements hystériques qui peut être proposée dans l'état actuel des choses. Elle ne diffère en rien d'essentiel de celle qu'a adoptée M. Dutil dans le travail auquel j'ai fait allusion tout à l'heure.

Tremblements hystériques.	A). Tremblement non exagéré par les mouvements volontaires.	1° *Tremblement oscillatoire* à oscillations lentes (3 à 6 par seconde).	Imite la paralysie agitante ou le tremblement sénile.
		2° *Tremblement vibratoire* à oscillations rapides (8, 9 et plus par seconde).	Imite la maladie de Basedow, le tremblement alcoolique, celui de la paralysie générale.
	B). Tremblement existant ou non au repos, provoqué ou exagéré par les mouvements intentionnels, qui ne l'accélèrent pas, mais augmentent l'amplitude des vibrations.	3° *Tremblement intentionnel* (type Rendu), intermédiaire comme nombre de vibrations entre le n° 1 et le n° 2.	Imite le tremblement de la sclérose en plaques. Imite encore plus parfaitement peut-être le tremblement mercuriel (qui, d'ailleurs, d'après les observations de M. Letulle, serait fort souvent un tremblement hystérique).

Comme vous le voyez, Messieurs, nous distinguons d'abord deux catégories bien différentes. Dans la première le tremblement est constant ; il ne cesse pas d'exister pendant le temps de repos, et de plus il n'est que peu ou pas influencé par les mouvements volontaires. Cette catégorie comprend deux sous-divisions fondées sur le nombre d'oscillations que présente le tremblement par seconde : s'il est lent, on le nomme *oscillatoire* ; s'il est rapide, on le désigne sous la dénomination de *vibratoire*. La paralysie agitante est le prototype du tremblement oscillatoire ; la maladie de Basedow, les tremblements de l'alcoolisme, de la paralysie générale sont au contraire vibratoires. Tous ont leur « *sosie* » dans l'hystérie.

La seconde grande catégorie comprend les tremblements hystériques qui sont influencés par les mouvements volontaires. On peut établir ici encore une sous-division basée sur ce fait que le tremblement sera ou bien provoqué de toutes pièces par le mouvement « intentionnel », ou bien existant déjà dans le temps de repos et augmenté seulement dans les actes volontaires. Ces deux espèces de tremblement se rencontrent dans des maladies bien distinctes. La première dans la sclérose en plaques des centres nerveux, l'autre dans l'intoxication mercurielle. Eh bien, dans l'hystérie, nous pouvons retrouver le tremblement de la sclérose multiloculaire considéré dans son type de parfait développement. En pareil cas, vous le savez le malade reste littéralement immobile quand il repose. Il ne commence à trembler qu'au moment même où il exécute un mouvement volontaire. Le tremblement de l'intoxication mercurielle, lui aussi, a son pendant dans l'hystérie. Il s'agit alors d'un tremblement qui persiste à peu près constamment, bien que peu accentué en général à l'état de repos, mais dans lequel les oscillations sont énormément exagérées par les mouvements intentionnels. C'est ici le lieu de relever que l'hystérie, comme l'a surtout montré M. Letulle (1), peut être provoquée par l'hydrargyrisme. Vous pouvez donc imaginer aisément qu'un homme intoxiqué par le mercure et devenu par ce fait hystérique puisse présenter un tremblement relevant de l'hystérie et simulant le tremblement hydrargyrique. La réalité du fait paraît établie et la possibilité, constatée par M. Letulle, de la guérison de certains tremblements rapportés à l'intoxication mercurielle, à l'aide des agents aesthésiogènes, est certes un argument à invoquer dans la démonstration (2).

Mais doit-on généraliser désormais et aller jusqu'à dire que tous les tremblements dits mercuriels ne sont pas autre chose que des tremblements hystériques ? C'est une grave question que l'avenir se chargera de juger. Pour moi, avant plus ample informé, je reste disposé à croire qu'il existe un véritable tremblement mercuriel indépendant de l'hystérie, et émanant directement, en d'autres termes, de l'intoxication hydrargyrique ; mais qu'à côté de lui il faut apprendre à distinguer des cas où, chez les hydrargyriques, l'hystérie se développe et donne lieu à un tremblement méritant cette fois de porter légitimement le nom d'hystérique. En quoi ce tremblement-ci différera-t-il cliniquement du premier ? Cela restera à déterminer.

Pour en finir avec cet aperçu des caractères généraux des tremblements hystériques, ajoutons qu'ils se montrent tantôt généralisés, tantôt partiels, tantôt de forme monoplégique, paraplégique ou encore hémiplégique, tout comme les tremblements des diverses maladies qu'ils peuvent imiter.

Vous n'oublierez jamais, Messieurs, que dans l'étude, chez un sujet donné, d'une manifestation hystérique quelconque, il faut s'attacher constamment à rechercher avec soin tous les autres symptômes possibles de la névrose et en particulier les stigmates permanents. Ceux-ci, bien que le cas soit relativement rare, peuvent manquer complètement ; mais alors à leur défaut, vous aurez à signaler probablement la coexistence de quelqu'autre signe univoque de l'hystérie. Il en a été ainsi chez un malade observé récemment par M. Joffroy. Dans ce cas, les stigmates n'existaient point, mais par contre, une attaque convulsive précédée par la sensation caractéristique de la boule hystérique et provoquée par la peur d'un chien, avait inauguré l'apparition du tremblement.

Il est clair que ce mode d'apparition du tremblement, à la suite d'une attaque hystérique, quelle qu'en soit d'ailleurs la forme, convulsive ou apoplectique, constituera un caractère important, pouvant contribuer à fixer le diagnostic. Il est des cas encore où l'on constatera que le tremblement est fortement exagéré à la suite de chaque crise hystérique. Enfin, dans les cas où il s'atténue spontanément par moments, comme dans ceux où il s'efface complètement pour un instant, il sera possible quelquefois, et ce serait là un trait vraiment décisif, de l'exagérer ou de le faire reparaître de nouveau par une pression exercée sur les points hystérogènes.

Chez certains malades, le tremblement hystérique peut être très fugace, disparaître, par exemple, au bout de quelques semaines, quelques jours, quelques heures

(1 Letulle. — *De l'hystérie mercurielle* (*Soc. méd. des hôp. de Paris*, 12 août 1887).

(2) Mugnerot.— *Du tremblement mercuriel et de son traitement par les agents esthésiogènes*. Th. Paris, 1889.

© ANM

même. Cela constitue un contraste frappant avec ce qui se voit dans les maladies à tremblement pouvant être simulées par l'hystérie. Vous n'ignorez pas que le tremblement de la paralysie agitante, de la sclérose en plaques, de la maladie de Basedow enfin, ne présente pas une pareille mobilité, et qu'il se distingue au contraire dans ces affections-là, surtout la première, par une désespérante ténacité. Mais il ne faut pas oublier d'un autre côté que le tremblement hystérique peut, lui aussi, malheureusement trop souvent, se montrer fort tenace et s'éterniser même chez certains pendant des mois et des années, et, justement, c'est ce qui arrive chez un malade qui va vous être présenté.

Je vais actuellement étudier avec vous deux malades que je considère comme représentant deux des types que je viens de vous signaler tout à l'heure. Il s'agit de formes généralisées du tremblement hystérique. Je n'ai en ce moment, sous la main, aucun sujet atteint d'une des formes localisées. Mais j'espère vous en montrer un jour quelques exemples. Le type à oscillations lentes du tremblement hystérique, celui qui imite la paralysie agitante, nous fait également défaut pour le moment.

* * *

Le premier d'entre eux est un nommé B..., âgé de 36 ans, chaisier. Je l'ai fait apporter couché sur un brancard. Vous le voyez, il repose là-dessus, parfaitement tranquille, sans présenter la moindre trace de tremblement. Je soulève successivement ses membres supérieurs, puis les membres inférieurs; vous voyez qu'ils sont dans la résolution complète et ne tremblent pas quand on les déplace.

Pendant que notre homme repose ainsi tranquillement, je vais vous dire quelques mots de son histoire.

Ses *antécédents héréditaires* sont fort intéressants à signaler. Sa mère était épileptique : elle est morte en état de mal. Il a un frère atteint également de mal comitial. B... est donc un prédisposé au premier chef.

Dans ses *antécédents personnels*, nous trouvons encore un fait digne d'être noté: il a pissé au lit jusqu'à l'âge de 10 ans.

En général très bien portant, il a fait son service militaire en Afrique, où il a eu la fièvre typhoïde et les fièvres intermittentes. Il n'a pas eu la syphilis. Jamais il n'a abusé des boissons alcooliques.

Le début de la maladie actuelle remonte à l'année 1887. Un jour du mois de septembre de cette année-là, B... vit son jeune enfant sur le point d'être écrasé par une voiture de place. Il se précipita au-devant du cheval et put l'arrêter à temps. Son enfant n'eut aucun mal, mais B... éprouva une émotion si violente qu'il se sentit près de défaillir. La nuit suivante, il dormit fort mal. Dès qu'il était endormi, il revoyait en rêve la scène de la veille et se réveillait en sursaut. Le lendemain, il se plaignit d'un violent mal de tête. Cette céphalalgie, qui consistait en des élancements très douloureux dans les tempes, persista plusieurs heures consécutives et reparut dans la suite tous les deux ou trois jours.

A la suite de cet accident, sa santé, qui auparavant était excellente, se modifia complètement. Ses forces déclinèrent; il perdit l'appétit et maigrit beaucoup. Il n'avait plus d'entrain pour travailler. Sa mémoire était fort amoindrie ; il oubliait à tout moment ce qu'il venait de faire et ne se rappelait plus le lendemain ce qu'il avait projeté de faire la veille. Il continua cependant à travailler. Enfin, au mois d'octobre, c'est-à-dire un mois après l'accident arrivé à son enfant, débutèrent les accidents actuels.

Un jour, dans la rue, il se sentit pris de vertige et de bourdonnements d'oreilles. Presque aussitôt, il tomba sans connaissance et ne revint à lui qu'une demi-heure après, dans une pharmacie où l'avaient transporté des passants. Ceux-ci lui dirent qu'il avait eu des convulsions et qu'on avait eu grand'peine à le maintenir. A ce moment, il essaie de se lever, mais ne peut se tenir sur ses jambes qui tremblaient violemment. On le reconduit chez lui en voiture, et, le lendemain, le tremblement persistant toujours, on l'amène à Lariboisière. De nouvelles attaques se produisent là, ainsi qu'à l'hôpital Bichat où le malade fut admis plus tard (1888). Le tremblement avait progressivement envahi les membres supérieurs.

A la suite d'une de ses attaques, il resta pendant trois mois et demi incapable d'articuler un seul mot, comme aussi de pousser un cri (mutisme hystérique).

Il s'est décidé, il y a quelques jours, son état restant toujours le même, à se présenter à la Salpêtrière où il consulta mon collègue Joffroy qui a eu l'obligeance de nous l'adresser.

Donc, voici un homme atteint depuis plusieurs années d'un tremblement généralisé, très accentué, comme vous le reconnaîtrez tout à l'heure, et qui se manifeste à l'occasion des mouvements intentionnels ; il a eu des attaques apoplectiformes et vertigineuses. Or, nous connaissons tous ces symptômes-là dans l'histoire de la sclérose multiloculaire des centres nerveux. Est-ce donc de la maladie en question qu'il s'agirait dans notre cas ? C'est ce qu'il faut examiner maintenant.

Je fais porter notre homme de la civière où il est couché sur une chaise où le voilà assis bien tranquillement, les mains reposant sur les genoux. Il n'y a pas eu encore jusqu'ici apparence de tremblement. Mais je lui ordonne de saisir, à l'aide d'une de ses mains, un verre rempli d'eau qu'on lui présente sur un plateau ; eh bien, vous voyez, aussitôt que la main s'approche du verre, survenir dans le membre mis en mouvement un tremble-

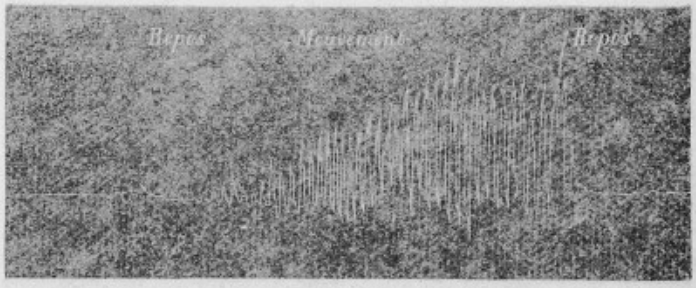


Fig. 30. — Tracé du tremblement du nommé B... Type du tremblement hystérique intentionnel.

ment à grandes oscillations, lesquelles s'accentuent davantage, progressivement, à mesure que le verre approche des lèvres, si bien que l'eau du vase est à la fin projetée de tous côtés. Nous retrouvons donc là, bien tranchés, les caractères assignés au tremblement classique de la sclérose en plaques. Mais procédons.

Je dis au malade de se dresser sur ses jambes et de se tenir debout. Immédiatement vous voyez le corps tout entier, tête, tronc et membres, tout à l'heure immobiles, être saisis de ce même tremblement, dont nous provoquions il y a un instant l'apparition dans les membres supérieurs, par la manœuvre de porter un

© ANM

verre à la bouche. Tout cela s'exagère encore si on prescrit au malade de marcher.

Des secousses généralisées aussi intenses, provoquées par la mise en jeu des actes nécessaires à la station et à la marche, ne sont pas chose très vulgaire dans la sclérose en plaques. On peut les y rencontrer cependant, à peu près au même degré, chez les sujets où les symptômes habituels de paraplégie spasmodique avec trépidation spinale (phénomène du pied) ont acquis un grand développement. Est-ce donc à des phénomènes de ce genre que serait due, chez notre malade, cette grande trépidation des membres inférieurs qui semble se communiquer au corps tout entier? S'il en était ainsi ce serait un nouveau trait de ressemblance à signaler après tant d'autres. Mais il n'en est rien, Messieurs. Il n'y a, en réalité, chez notre homme ni paraplégie spasmodique, ni trépidation, ni épilepsie spinale, dans l'acception consacrée de ces termes. Il s'agit ici tout simplement d'un tremblement qui, par son intensité, simule assez bien le phénomène de la trépidation épileptoïde ; la paraplégie spasmodique n'est pas en cause. Pour vous en convaincre, il me suffirait de relever l'impossibilité où nous sommes de faire cesser les oscillations dont les membres inférieurs sont le siège, par la brusque flexion plantaire un peu prolongée de l'avant-pied (procédé de Brown-Séquard) ; mais surtout je ferai ressortir que, contrairement à ce qui ne manquerait pas d'exister, s'il y avait réellement paraplégie spasmodique, les réflexes rotuliens, loin d'être exagérés, sont ici normaux (1).

Ainsi, malgré tant d'analogies, les dissemblances commencent à s'accuser. Elles vont se montrer de plus en plus accentuées à mesure que, laissant de côté les apparences extérieures, nous pénétrerons plus avant dans le détail.

En premier lieu, je ferai remarquer que, spontanément, même au repos, alors qu'aucun mouvement volontaire n'est en cause, il se manifeste par moments, chez notre malade, un léger tremblement parfois diffi-

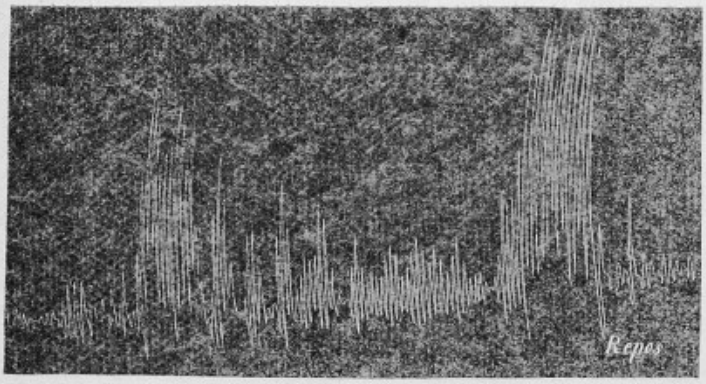


Fig. 31. — Tracé du tremblemont du nommé B... montrant que le tremblement existe aussi au repos et est considérablement augmenté par les mouvements intentionnels (grandes oscillations de la partie moyenne de la figure).

cile à apercevoir, mais qui cependant peut être enregistré. Il se compose d'oscillations rhythmées variant de 6 à 6 1/2 par secondes. Donc, contrairement à ce qui a lieu dans la sclérose en plaques, le tremblement ici peut exister déjà dans ce qu'on appelle le temps de repos ; il n'est pas par conséquent créé de toutes pièces par l'acte intentionnel ; celui-ci a pour effet seulement d'exagérer l'étendue des oscillations, il est vrai, à un très haut degré.

Ce dernier trait, qui nous éloigne de la sclérose en plaques, rapproche au contraire notre cas des faits de tremblement mercuriel que nous avons décrit, il y a 2 ans, dans les *Leçons du mardi* (1). Et le rapprochement paraîtra d'autant plus légitime que, dans un cas comme dans l'autre, on note un tremblement de la langue, d'où résulte un certain embarras de la parole qui, soit dit en passant, rappelle jusqu'à un certain point la parole scandée de la sclérose multiloculaire. Mais c'est ici le lieu de rappeler que, ainsi qu'on l'a dit plus haut, M. Letulle a donné des raisons qui portent à croire que le tremblement dit hydrargyrique n'est souvent autre chose qu'un tremblement hystérique.

En second lieu, nous relèverons la coexistence, chez notre sujet, de stigmates hystériques permanents très accentués. Il y a sur le tronc, la tête et les membres, une hémianesthésie droite totale, absolue, portant sur tous les modes de la sensibilité. Les sens spéciaux, goût, ouïe, odorat, sont obnubilés également à droite. Il nous a été impossible de déterminer si le malade porte un rétrécissement concentrique du champ visuel, parce que la simple fixation d'un objet quelconque, même fort peu prolongée, menace de le faire tomber dans une de ses attaques : il semble y avoir là, par conséquent, sur la rétine, une véritable plaque hystérogène. Deux autres zones hystérogènes se voient, l'une sur le flanc droit, l'autre sur la même région du côté gauche. A l'occasion, notons l'absence du nystagmus.

(*A suivre*).

(1) Il est des cas de paralysie hystérique où l'imitation de la paralysie spasmodique de cause organique est parfaite. Alors les réflexes tendineux rotuliens sont exagérés et l'on obtient la trépidation par redressement de la pointe du pied. La trépidation peut aussi se produire quelquefois spontanément, en apparence du moins, donnant lieu au phénomène que nous avons désigné avec Brown-Séquard du nom d'épilepsie spinale. Ces cas-là aboutissent le plus souvent à la contracture permanente. (J. M. C.).

(1) *Leçons du Mardi*. T. I. Mai 1888.

Etuve a désinfection. — Nous lisons, à ce sujet, ce qui suit dans le *compte rendu* de la dernière séance du Conseil municipal de Bordeaux (19 août 1890) : « La Commission propose d'accorder à la Commission administrative des hospices une subvention de 25,211 fr. 62 cent. pour être affectée à l'installation d'une étuve à désinfection, dans l'une des parties de l'hospice général de Pellegrin, avec construction d'un bâtiment servant d'abri à la dite étuve, à la chaudière à vapeur, aux cabinets de réception des objets souillés, comme à la remise des objets ayant subi la désinfection, et le logement d'un gardien, conformément au type adopté par le ministère de l'intérieur, fidèlement reproduit par le plan annexé au dossier. Adopté ».

Hospices civils de Rouen. — Un concours pour l'internat en médecine dans les hôpitaux de Rouen s'ouvrira le jeudi 23 octobre 1890.

Femmes médecins. — Le *Nouveau Temps* du 26 août dit que des femmes médecins, exerçant leur profession dans les provinces russes, ont porté dernièrement plainte auprès du ministère de l'intérieur contre certaines autorités provinciales qui les empêchaient de se livrer à l'exercice de la médecine. Le ministère a adressé, à la suite de ces plaintes, une circulaire à toutes les administrations provinciales pour leur annoncer que les femmes médecins peuvent non seulement être nommées docteurs de district au service de l'Etat, mais aussi diriger des hôpitaux.

Femmes pharmaciennes. — Le département de l'intérieur du ministère russe a reçu plusieurs demandes de femmes sollicitant l'autorisation d'être admises à des fonctions dans les pharmacies. La plupart de ces solliciteuses ont fait leurs études à Zurich et à Vienne. Les autorisations demandées leur seront accordées, à la condition par elles de subir un examen spécial.

Distinctions honorifiques. — Le Dr Van Hamel Roos, rédacteur en chef de la *Revue internationale des Falsifications*, vient d'être nommé officier d'Académie. — Le Dr de Beurmann, médecin des hôpitaux de Paris est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

© ANM

OPHTALMOLOGIE

Des bons effets du galvanocautère dans les complications cornéennes de l'ophtalmie purulente ;

par A. DARIER.

L'ophtalmie purulente, prise au début ou tout au moins avant qu'il se soit produit une ulcération cornéenne, guérit d'une manière à peu près certaine par les cautérisations biquotidiennes au nitrate d'argent, c'est une chose bien établie par les nombreux travaux de M. Abadie. Soit que les malades se présentent plus tard, soit que, pour une raison quelconque, le traitement ait été interrompu, une ulcération cornéenne s'étant produite, le traitement par le nitrate d'argent peut dans les cas graves n'être plus suffisant pour amener la guérison. C'est dans ces cas compliqués que M. Abadie a eu l'idée de cautériser au galvanocautère la surface ulcérée, en ménageant autant que possible le tissu cornéen encore sain et susceptible de conserver ultérieurement sa transparence. Dans des circonstances des plus graves, nous avons vu, sous l'influence de ce traitement énergique, des malades conserver des yeux qui autrement eussent été voués à une perte certaine, nous n'en voulons pour preuve que les observations suivantes.

Un malade âgé de 20 ans se présente à la clinique du Dr Abadie dans un état lamentable, à la suite d'une conjonctivite blennorrhagique dont le début remonte à 20 jours et qui a été plus ou moins bien soignée ; les 2 cornées sont complètement ulcérées, les chambres antérieures anéanties ; une membrane grisâtre recouvre l'iris ; c'est tout ce qui reste de la cornée. La conjonctive est bouffie, turgescente, chémotique, les paupières tuméfiées ne s'entr'ouvrent qu'avec peine. Inutile de dire que le malade ne voit pas à se conduire, c'est son père qui nous l'amène. Depuis 2 ou 3 semaines, malgré divers traitements son état va toujours en s'aggravant.

En présence d'une situation aussi désespérée, M. Abadie n'hésite pas à cautériser au galvanocautère toute la surface de la cornée qui est en suppuration, tout en continuant les cautérisations au nitrate d'argent toutes les 12 heures.

Des instillations d'ésérine et des insufflations d'iodoforme ainsi que des lavages boriqués fréquents complètent le traitement.

Les cautérisations au galvanocautère sont répétées tous les jours, cinq jours de suite, et, au bout de ce temps, on a la satisfaction de constater que les yeux de notre malade se sont pour ainsi dire transformés. Les paupières s'ouvrent facilement, la sclérotique reprend petit à petit son aspect normal, la cornée, très grise encore, commence à reprendre sa forme bombée en même temps que se reforme la chambre antérieure. De nombreux vaisseaux s'avancent jusqu'au milieu de la cornée dont la restauration fait des progrès étonnants et tout fait déjà prévoir une issue favorable.

En effet, après 3 mois de douches de vapeur, les 2 cornées ont pris assez de transparence pour qu'on puisse pratiquer avec succès une double iridectomie. Actuellement, ce malade peut lire des caractères moyens et il a repris son métier de maçon.

Un autre malade, âgé de 58 ans, se présente à la clinique du boulevard Saint-Germain, au 3e jour d'une conjonctivite blennorrhagique. En huit jours de cautérisations biquotidiennes au nitrate d'argent, l'œil paraît hors de danger. Le malade, se sentant mieux, cesse de se faire soigner régulièrement, mais bientôt il revient avec une sécrétion purulente très abondante et, cette fois, les cautérisations sont impuissantes à empêcher le développement d'une ulcération assez étendue de la cornée, ulcération qui progresse rapidement. Il est urgent d'intervenir si l'on ne veut pas voir la cornée se détruire tout entière. Une cautérisation au galvanocautère paraît faire si bon effet qu'on reste 2 jours sans en faire de nouvelle, mais il est évident que dès qu'on ne fait plus que les cautérisations au nitrate d'argent l'état de la cornée s'aggrave. Les galvanocautérisations sont donc répétées 4 jours de suite, sans que l'on cesse pour cela l'emploi du nitrate d'argent auquel on adjoint, après chaque cautérisation, une insufflation d'iodoforme, pas d'ésérine, la chambre antérieure n'étant pas vidée. En ces 6 jours, l'ulcération cornéenne est manifestement enrayée. On continue le traitement habituel et aujourd'hui on ne fait plus suivre au malade qu'un traitement par les douches de vapeur. La cornée n'a pas été perforée, elle est opaque sur les bords, mais le centre est resté parfaitement transparent et la vision est relativement bonne.

D'autres cas analogues pourraient être cités encore qui ont été observés depuis et qui confirment l'importance de la cautérisation ignée dans les ulcères cornéens causés par l'ophtalmie purulente.

Les bons effets de ce mode de traitement l'ont déjà mis hors pair dans les ulcères infectieux à hypopion ; la section de Sœmisch peut être en effet avantageusement remplacée par la cautérisation de la surface ulcérée en pénétrant avec le galvanocautère par le centre de l'ulcère jusque dans la chambre antérieure pour donner une issue à l'hypopion.

Grâce à ce mode de traitement, nous ne perdons plus aujourd'hui aucun œil par ulcère infectieux, ce qui autrefois, au contraire, était presque la règle. Eh bien, grâce au galvanocautère et aux cautérisations fréquentes au nitrate d'argent en solution à 2 ou 3 0/0, il est permis d'espérer que toute ophtalmie purulente pourra être guérie, quelle que soit sa gravité, même dans les cas où la cornée bien compromise ne pouvait être sauvée jadis par aucun autre moyen.

DISPENSAIRE POUR ENFANTS A TOULOUSE. — M. Constans a inauguré, dernièrement, à Toulouse, le dispensaire destiné aux enfants atteints de maladies aiguës et chroniques. Il n'y a pas d'enfants en séjour, pas de salles de malades, pas de lits. Le fonctionnement du dispensaire consiste en consultations gratuites, pansements, opérations, hydrothérapie, etc. Ce dispensaire a été fondé par le bureau de bienfaisance qui a cédé un immeuble estimé 42,000 francs, et par l'Etat, qui a alloué 40,000 francs. Le bureau de bienfaisance supporte les frais annuels. Le service médical sera fait par le personnel enseignant de l'Ecole de médecine, car le dispensaire est concédé comme annexe des cliniques de la future Faculté.

GRANDE ENCYCLOPÉDIE. — Le Dr P. LANGLOIS publie, dans la 255e livraison de la *Grande Encyclopédie*, une étude des plus intéressantes sur le choléra. Nous en recommandons très vivement la lecture. Une livraison-spécimen est envoyée contre 1 fr. en timbres-poste. Lib. H. LAMIRAULT et Cie, 61, rue de Rennes, Paris.

LA VARIOLE DANS L'ARMÉE. — De nombreuses mesures d'hygiène, qui sont à l'actif de la République, ont été prises pour placer nos soldats dans les meilleures conditions possibles et diminuer la mortalité dans l'armée. Relativement à la variole, prend-on pour les officiers les mêmes mesures que pour les soldats ? Il est possible d'en douter si, comme l'annoncent les journaux, la mort, à 43 ans, de M. Dubois-Pillet, commandant de gendarmerie au Puy, est réellement due à la *variole*.

Xe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE. — On est prié d'adresser tout ce qui concerne le Congrès à M. le Dr Posner, 19, Karlstrasse, Berlin.

© ANM

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

De l'Antisepsie rectale.

Dans le dernier numéro (1) nous avons essayé de montrer comment il fallait entreprendre la désinfection préalable d'un rectum atteint de tumeur ulcérée. Voyons maintenant comment il faut assurer l'asepsie de la plaie pendant et après l'opération.

2° *Asepsie pendant l'opération.* — La désinfection antéopératoire du rectun est certes le point capital ; mais il ne faut pas oublier qu'il est aussi très important de ne pas infecter la plaie pendant l'opération. Comment doit-on s'y prendre pour y parvenir dans cette région où le tube digestif peut, malgré toutes les précautions antérieurement prises, déverser sur la plaie, au moment où l'on y songe le moins, des produits très nuisibles à la réussite de l'intervention.

Tout dépend d'ailleurs de l'opération et de l'opérateur! Comme nous avons pris ici la résection du rectum comme exemple, il faut faire des distinctions, car les dispositions à prendre ne sont pas tout à fait les mêmes, suivant qu'on opère par l'intérieur du rectum (procédé de Dieffenbach) ou par la voie sacrée (méthode de Kraske, Wöffler, Levy, etc.). Toutefois, ce qu'il faut dans tous les cas empêcher, c'est le passage des matières fécales sur la plaie pendant toute la durée de l'opération.

Bien entendu, on prendra, pour cette région comme pour une autre, toutes les précautions classiques désormais, pour ne pas contaminer la plaie avec des instruments malpropres, tels que irrigateurs, etc., mais on devra faire en sorte d'obturer, aussi hermétiquement que possible, le rectum au-dessus de la partie à réséquer, avec des tampons, soit de ouate iodoformée, soit mieux de gaze iodoformée. On enfoncera, au-dessus du néoplasme, des lanières de gaze en quantité suffisante pour fermer complètement le tube digestif. Ceci fait, on lavera à nouveau la région avec des solutions antiseptiques ; le sublimé peut très bien être employé en solution au 1/1000 avant de commencer les incisions. Pendant toute la durée de l'extirpation de la tumeur,— un des temps les plus difficiles de l'opération, au point de vue antiseptique du moins, — on fera en sorte de maintenir le tamponnement rectal, de toucher à la surface ulcérée le moins possible avec les doigts et les instruments (une bonne précaution consiste à la couvrir elle-même avec de la gaze iodoformée), de se laver les mains (2) dès qu'on y aura touché et de mettre de côté tous les instruments qui auraient été en contact avec elle. Il est bien évident que si l'on opère par la voie sacrée, les chances d'infection de la plaie sacrée par la tumeur ulcérée sont moins grandes si l'on a eu soin, au préalable, de bien bourrer le rectum.

L'extirpation terminée, on fait, autant que possible, la suture des deux bouts sans enlever le tampon placé dans le bout supérieur. On ne le retirera que pour le renouveler, c'est-à-dire tout à fait à la fin de l'opération, si du moins on veut l'enlever, car le mieux est de laisser le premier placé, soit au-dessus, soit au niveau de la suture intestinale.

3° *Antisepsie post-opératoire.* — Quand, après la suture du rectum, on laisse dans son intérieur un tampon destiné à empêcher les matières fécales de venir au contact des points suturés, et quand ce tampon est assez gros pour obturer complètement le tube digestif, il peut en résulter un inconvénient sérieux : les gaz intestinaux, assez abondants dans ces cas-là, ne peuvent s'échapper ; le ventre se ballonne ; l'intestin se distend ; ce qui peut causer des douleurs vives, des coliques et même amener un tiraillement notable sur les sutures, qui, à la rigueur, peuvent céder en un point sous l'effort.

On peut y remédier en usant de l'artifice employé par M. Tripier (de Lyon). Il suffit d'introduire dans le rectum un tube de caoutchouc, de calibre assez grand, à parois résistantes non perforées, et de tamponner modérément à son pourtour. Si le tube dépasse, par son extrémité profonde, le point où a été fait le tamponnement et, d'autre part, si son autre extrémité fait saillie à l'anus, les gaz pourront facilement s'échapper. Il ne faudrait pas, toutefois, exagérer l'importance de cette manière de faire, car, à moins d'avoir un tamponnement rectal très bien exécuté (1), les gaz s'échappent assez facilement par les interstices laissés entre les lanières de gaze et les parois de l'intestin. D'autre part, ce tube de caoutchouc peut n'être pas toujours toléré.

Le premier pansement ainsi appliqué doit rester en place au moins 4 à 5 jours ; ou, du moins, on doit faire son possible pour qu'il y reste.

Pour cela on recommande à l'opéré de ne pas aller à la selle et de ne rien faire qui doive obliger à faire l'ablation de ce tamponnement. Le meilleur moyen de retarder l'apparition des selles est l'administration de l'*opium*, sous forme d'extrait d'opium, et la continuation du *régime lacté absolu*, comme avant l'opération. En outre on réduira, de la sorte, autant que possible, les chances d'infection de la ligne de sutures.

Malheureusement, il peut survenir une débâcle dès le 3e ou 4e jour ; aussi faut-il continuer à désinfecter les selles et, pour cela, donner toujours du *naphtol β* seul, et non plus le mélange de cette substance avec de la magnésie pour une raison facile à saisir. En effet, quoique la magnésie soit une poudre absorbante, il ne faut pas l'employer à ce moment, parce qu'elle est légèrement purgative et qu'il importe, à ce moment, de constiper l'opéré. Mais, dès qu'une débâcle a eu lieu, il faut, sinon changer complètement de tactique, du moins ne plus tenir autant au tamponnement rectal. Il faut cesser l'opium, nourrir le malade pour le remonter et le laisser manger à sa guise.

Ce sont les *lavages rectaux antiseptiques* qui deviennent dès lors la partie la plus importante du pansement. On les fera toujours avec grand soin après chaque selle, de façon à laisser le moins possible de matières dangereuses en contact avec la plaie, et on emploiera l'eau boriquée ou même la solution de sublimé, suivant l'état du rectum et la santé générale

(1) Voir *Progrès médical*, n° 35.
(2) Dans une cuvette remplie de solution de sublimé.

(1) Bien entendu ce tamponnement ne doit pas être tel qu'il puisse faire sauter les points de suture pendant qu'on le fait ou lorsqu'on le retire.

© ANM

du malade. Mais, avant la souillure de la plaie, on s'abstiendra de tout lavage qui ne ferait probablement qu'infecter la région restée aseptique depuis l'opération. Le régime est très important à bien suivre après l'opération. Une faute peut, en effet, tout compromettre. Dans un cas d'extirpation du rectum faite par M. Terrier, l'administration d'une tasse de bouillon suffit pour déterminer une selle, ce qui retarda, dans une certaine mesure, la guérison de la plaie (1).

Toutes les précautions que nous venons de citer et qui paraîtront à beaucoup exagérées et inutiles (2) sont cependant, à notre avis, indispensables. Nos maîtres, MM. Terrier et Routier, n'ont-ils pas dit récemment à la *Société de Chirurgie* (3) que la préparation des malades était capitale pour les grandes opérations faites sur le rectum ? Si nous y avons tant insisté, c'est que nous avons vu trop souvent, dans les hôpitaux de Paris et d'ailleurs, opérer pour des affections rectales des malades qui inondaient de matières fécales le champ opératoire pendant toute la durée d'interventions aussi sérieuses qu'une amputation du rectum. Comment voulait-on, de cette façon, obtenir un résultat, même passable ?

En tous cas, c'est se condamner à ne jamais aborder la vraie chirurgie que de ne pas vouloir s'astreindre à désinfecter complètement la région où doit porter le bistouri, et notre excuse, pour avoir retenu si longtemps l'attention sur un fait aussi minime, est qu'en chirurgie aseptique et même antiseptique le plus petit détail de technique peut avoir une colossale importance et la plus petite faute les plus terribles conséquences.

III. — *Comparaison de l'antisepsie buccale et rectale.* — Il est une question un peu délicate que nous aborderons encore en terminant. Nous voudrions en effet montrer, quoique cela paraisse encore à beaucoup un peu paradoxal, quelle différence il y a entre le rectum et la bouche au point de vue de la possibilité de leur désinfection et indiquer comment l'antisepsie rectale est bien plus facile à réaliser que l'antisepsie buccale.

Il est d'abord plus aisé, on le reconnaîtra sans peine en y réfléchissant quelques instants, de nettoyer et de maintenir sans microbes un rectum normal qu'une cavité buccale saine. Il n'y a pas, en effet, de meilleur milieu de culture, d'antre où florissent avec tant d'éclat un aussi grand nombre de microbes. La flore buccale, comme on l'a dit, est en effet une des flores régionales les plus riches, non seulement du département du tube digestif, mais de tout le corps. Des chercheurs comme M. Rappin (de Sautron), des biologistes comme M. Vignal y ont compté jusqu'à 17 espèces de micro-organismes. Ce sont ces microbes qui, dans le domaine médical, font le noma au cours d'une rougeole, les bubons au cours d'une scarlatine, et sont la cause d'une foule d'infections secondaires au cours des diverses maladies infectieuses. Ce sont les spirilles de la salive qui transformeraient, dit-on, la plupart des adénites sous-maxillaires en adénites presqu'infectieuses, ou tout au moins détermineraient ces accidents sérieux qu'on n'observe que dans les adénites péri-buccales (Clado, Verneuil) ; ce sont ces microbes buccaux qui, dans le cancer de la langue, provoquent le développement de ces septicémies connues en clinique depuis si longtemps.

La puissance pyogénique du contenu buccal est encore élégamment démontrée par certaines pratiques mises chaque jour en usage par les condamnés de la Nouvelle-Calédonie, à ce que rapporte M. le Dr Gueit, médecin de la marine (1). « Les forçats, en effet, mettent à profit la septicité des humeurs buccales pour se créer des abcès et obtenir une exemption temporaire. Pour ce faire, ils introduisent sous la peau soit une épingle imprégnée de détritus salivaires, soit un séton filiforme contaminé de la même manière. » Le bagne conduit décidément au génie inventif, même en pathologie !

Nous rapprocherons de ces inoculations salivaires volontaires, qu'explique la présence du *Streptococcus pyogenes* dans la salive (Netter) le fait clinique suivant observé en 1888 pendant notre internat à l'hôpital Bichat, et sur lequel M. Terrier appela tout particulièrement notre attention. Une malade rentre pour un engorgement ganglionnaire péribuccal d'origine dentaire ; on prend sa température plusieurs jours de suite ; elle n'atteint que 37° matin et soir. Un jour, on lui enlève un chicot, cause de tout le mal ; le soir même, élévation très notable de la température, léger malaise, etc. Le lendemain matin, la température était retombée à 37°. Quelques jours plus tard, même opération, mêmes phénomènes, etc., etc. Il s'agit évidemment là d'une inoculation opératoire, qu'on aurait peut-être évitée par une antisepsie préalable suffisante.

Le rectum, au contraire, n'a rien d'analogue à cet affreux repaire de brigands ; il n'a rien de commun avec une caverne ; car il est plutôt une sorte de canal. En tous cas, on ne trouve point là ces diverticules nombreux que présente la cavité buccale, ces nids à microbes, correspondant aux intervalles qui séparent les dents, aux points de carie dentaire si fréquents même à l'état normal, aux sillons alvéolaires, etc. S'il n'en est plus ainsi dès qu'il y a une lésion ulcérée du rectum, si le contenu de ce canal se rapproche alors de ce qui existe pour la bouche en ce qui concerne les microbes dangereux, il est cependant facile de comprendre pourquoi on peut y faire une antisepsie plus parfaite. De plus, dans les cas de lésions limitées, les cancers élevés du rectum opérables par exemple, on peut être plus radical, car, le mal une fois enlevé, on aura généralement un nouveau rectum qui ne sera plus infecté,

(1) Baudouin (Marcel). — *Epithélioma circulaire de la partie moyenne du rectum* ; in *Progrès médical*, 6 avril 1889.

(2) Il y aurait bien un moyen d'assurer encore mieux l'antisepsie rectale avant d'enlever, par exemple, le cancer qui la nécessite; ce serait de faire au préalable un *anus contre nature temporaire*, par où toutes les matières fécales s'échapperaient. De la sorte, le rectum pourrait être désinfecté et par l'anus normal et par le bout inférieur de l'intestin. Nous croyons pourtant que ce procédé, à recommander quand il s'agit de désinfection et de résection du gros intestin et même de l'intestin grêle, est inutile à l'heure actuelle pour la majorité des interventions sur le rectum. S'il devait être recommandé, ce ne serait, en tous cas, que chez des malades spéciaux qui ne pourraient supporter une diète lactée prolongée, l'usage du naphtol β, etc., etc.

(3) *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, 1890, p. 406.

(1) Gueit. — *Expériences d'inoculation des liquides buccaux du bagne de l'île Nou* ; in *Arch. de Méd. Expérim. et d'An. Path.*, n° 3, 1er mai 1889, p. 462.

© ANM

puisqu'il sera formé avec des portions non malades. Il est impossible de faire quelque chose d'analogue dans le cancer de la langue, par exemple.

On voit donc qu'au point de vue de la possibilité du développement ultérieur des accidents septiques, après ablation du néoplasme, le cancer du rectum est celui qui présente le moins de gravité. C'est par cet argument topique que nous voulions terminer pour montrer que, désormais, on doit entreprendre la chirurgie rectale avec une bien plus grande confiance que jadis, puisqu'elle est moins grave que la chirurgie buccale qui, elle, a toujours trouvé depuis longtemps des défenseurs fervents.

Marcel BAUDOUIN.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Xe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

Session de Berlin (4-10 août 1890) *(suite)*.

SECTION D'OPHTALMOLOGIE.

5e séance. — Jeudi 7 août (10 heures du matin).

PRÉSIDENCE DE M. KNAPP (New-York).

1. — M. N. A. BRAILEY (London). — *Rapport sur l'ophtalmie sympathique.* — M. Brailey donne un résumé de l'état actuel de nos connaissances sur l'ophtalmie sympathique au point de vue anatomo-pathologique et clinique. Il traite d'abord des conditions de l'œil primitivement atteint et puis de l'autre œil. Il insiste sur ce qu'il n'y a pas d'ophtalmie sympathique sans inflammation de l'œil primitivement atteint, le plus souvent il s'agit d'une uvéite plastique. L'ophtalmie sympathique débute quelquefois comme papillite, mais le plus souvent comme uvéite séreuse (quelquefois avec hypertonie, en offrant l'aspect d'un glaucome). Quant au traitement, M. Brailey défend l'énucléation hâtive. L'évidement ou la névrectomie optico-ciliaire peut la remplacer. Dans les cas rares où l'ophtalmie sympathique se présente sous forme d'un glaucome aigu, une iridectomie rend de bons services.

M. R. DEUTSCHMANN (Hambourg). — M. Deutschmann s'occupe de la question expérimentale de l'*Ophtalmie sympathique*. Son rapport est un résumé très lucide de ce qu'il a publié dans sa dernière monographie sur l'ophtalmie migratrice (Hambourg, 1889, L. Vass, éd.).

Discussion.

M. DARIER (de Paris) communique que, par la galvanocautérisation d'une plaie qu'il croit infectée et par des injections au sublimé répétées, M. Abadie évite maintenant avec succès l'énucléation.

M. CROSS (Bristol) rejette ce procédé d'Abadie. Il défend l'énucléation.

M. BERRY (Edimbourg) nie la valeur absolue des expériences de Deutschmann.

M. HAAB (Zurich). — Les microbes pathogènes qui se trouvent dans les yeux énucléés, atteints de panophtalmie, ne se laissent colorer que très difficilement. Souvent M. Haab y arriva seulement en se servant de la méthode de Gram perfectionnée par Weigeos.

M. ROSENMEYER (Francfort) expose un cas d'ophtalmie sympathique qui ne se manifestait que par une atrophie simple du nerf optique.

M. E. LEVY (Strasbourg) a répété, sur 42 animaux, les expériences de Deutschmann sans obtenir un seul résultat positif.

M. BARKAN (San Francisco) demande s'il faut faire l'énucléation aussi dans les cas d'ophtalmie blennorrhagique avec perforation de la cornée.

M. GRUENING (New-York) conseille de faire l'énucléation dans les cas cités par Barkan.

2. — M. LAGUEUR (Strasbourg). — *D'un cas d'irido-cyclite double embolique après l'influenza.* — Le cas de M. Lagueur concerna une femme âgée de 53 ans. Elle fut subitement atteinte de l'irido-cyclite le 7e jour après le début de l'influenza. Elle devint presque complètement aveugle. Pas de microbes dans le contenu de la chambre antérieure évacué par une kératotomie. M. Lagueur croit qu'il s'agit ici d'une embolie, à cause de la manifestation subite et bilatérale. La malade recouvra presque complètement la vision au bout de 3 à 4 semaines. Traitement : atropine, frictions mercurielles énergiques.

3. — M. E. GALLEMAERTS (Bruxelles). — *Appareil de M. Léon GÉRARD pour la détermination des corps étrangers magnétiques à l'intérieur du globule oculaire.* — L'appareil présenté par M. Gallemaerts consiste en un système astatique très léger, suspendu à un long fil de cocon et muni d'un miroir réfléchissant la flamme d'une bougie sur une échelle placée à une grande distance. Les moindres déviations de l'aiguille sont traduites par de grands mouvements de la tache lumineuse. Au dire de Gallemaerts on peut déceler, à l'aide de cet appareil, des particules de fer très petites.

6e Séance. — Jeudi 7 août (3 heures de l'après-midi)

PRÉSIDENCE DE M. WOLFRING (Varsovie).

1. — M. NUEL (Liège). — *Démonstration relative à l'endothélium de la chambre antérieure de l'œil.* — M. Nuel a découvert une structure particulière du protoplasme des cellules endothéliales de la cornée. Le protoplasme consiste en de fines fibres qui s'étendent d'une cellule à l'autre, à travers toute la cornée, formant ainsi un réseau dans les mailles duquel il y a d'autres fibres arrangées différemment.

2. — M. F. BOÉ (Paris). — *De la conduite à tenir en présence d'une panophtalmie à marche aiguë.* — En s'appuyant sur des expériences faites sur le lapin, M. Boé déconseille de faire l'énucléation en cas de panophtalmie à marche aiguë. On ne pourrait prévenir l'ophtalmie symptomatique par l'énucléation. Au lieu de l'énucléation, il faut débrider largement et faire de fréquents lavages.

3. — M. P. HAENSELL (Paris). — *Des altérations du corps vitré des yeux glaucomateux.* — M. Haensell décrit la structure du corps vitré à l'état normal et celle trouvée par lui dans certains cas de glaucome. Il explique l'influence sur la nutrition de l'œil de ces altérations du corps vitré. Selon M. Haensell, ce sont surtout les cas de glaucome sans excavation du nerf optique qui sont dus aux dites altérations de la structure du corps vitré et de ses canaux nutritifs.

4. — M. A. DARIER (Paris). — *Nouveau traitement de la choroïdite centrale et de la choroïdite disséminée.* — Le traitement recommandé par MM. Abadie et Darier consiste en injections hypodermiques de sublimé pratiquées tous les deux jours pendant plusieurs semaines et même plusieurs mois.

M. CHIBRET recommande le cyanure de mercure qui ne cause jamais des stomatites, mais quelquefois des diarrhées.

5. — M. J. FALKO (Jaroslaw). — *Colobome de la choroïde.* — M. Falko décrit un cas de colobome de la choroïde des deux yeux où les iris étaient complètement normaux. Il croit que c'est un cas exceptionnel.

6. — M. WILBRAND (Hambourg). — *De la fatigue du champ visuel et le champ visuel oscillant.* — M. Wilbrand décrit les différentes formes d'altérations du champ visuel observées dans les névroses et la névrasthénie (rétrécissement concentrique perpétuel ; rétrécissement périodique irrégulier, suite d'une fatigue excessive de la rétine ; champ visuel oscillant). Il démontre un simple procédé pour constater plus vite les phénomènes de la fatigue du champ visuel.

7. — M. WICHERKIEWICZ (Pose). — *Autoplastie après extirpation de tumeurs ayant occupé l'épaisseur totale de la paupière supérieure.* — M. Wicherkiewicz prend le lambeau de toute l'épaisseur de la paupière inférieure.

8. — M. FRANCKE (Hambourg). — *Des collyres.* — Par des recherches bactériologiques, M. Francke a constaté que les solutions de cocaïne et d'atropine se conservent aseptiques si l'on y ajoute le sublimé au 10.000e. Cette dilution ne nuit pas à l'œil. Les solutions d'ésérine doivent être bouillies d'avance. Une fois bouillies, elles restent aussi stériles après l'addition de la dite quantité de sublimé. Il faut nettoyer plus souvent les verres d'une manière mécanique.

© ANM

7e *Séance. — Vendredi 8 août* (10 heures du matin).

PRÉSIDENCE DE M. FALCHI (Pavie).

1. — M. JONATHAN HUTCHINSON (London). — *Démonstrations ophtalmologiques.* — M. Hutchinson présente : 1° Les dessins de deux cas d'une choroïdite centrale particulière et qui se propage comme le lupus dans la peau. M. Hutchinson l'a observée chez des individus sains. Les deux yeux furent atteints, l'un après l'autre. 2° Il présente le dessin du fond de l'œil d'un malade atteint d'ostéite déformante, maladie découverte par J. Paget et qui se complique souvent de cécité. Dans le cas de M. Hutchinson, il se trouva une choroïdite semblable à celles au-dessus décrites.

2. — M. J. WIDMARK (Stockholm). — *L'action des rayons ultra-violets.* — M. Widmark a constaté, par des expériences très exactes, que ce sont les rayons ultra-violets qui occasionnent les symptômes de l'ophtalmie photo-électrique (injection de la conjonctive, photophobie, épiphora, troubles de la cornée, pertes de l'épithélium cornéen), symptômes causés aussi par l'action éblouissante de la neige. Il a trouvé de plus qu'il s'agit d'une influence directe sur les parties atteintes et non pas d'un réflexe du côté de la rétine. Les milieux de l'œil (le cristallin et le corps vitré) absorbent fortement les rayons ultra-violets et protègent la rétine contre l'influence nuisible des dits rayons.

3. — M. JAVAL (Paris). — *Démonstration d'une lentille biconique à réfraction sphérique et cylindrique variable.* — Cette lentille consiste en deux verres coniques croisés. Au dire de l'auteur même, elle n'est d'aucune valeur pratique.

4. — M. SULZER (Winterthur). — *L'influence de l'angle α sur les résultats de l'ophtalmométrie et sa détermination à l'aide de l'ophtalmomètre de Javal.* — M. Sulzer démontre quelle est l'influence de l'angle α sur les résultats de l'ophtalmométrie. A l'aide de l'ophtalmomètre même, il est possible de déterminer cet angle α. Les images des deux mires ne sont égales que dans le cas où elles tombent sur des points symétriques de la cornée. En comparant les deux moyennes des quatre images ophtalmométriques, on reconnaît aisément le moment où l'axe de la cornée coïncide avec l'axe optique de l'ophtalmomètre. Dans cette position de l'œil, il faut déterminer les rayons de la courbure de la cornée.

5. — M. PFUEGER (Berne). — *Observations ophtalmométriques.* — M. Pfueger expose une statistique des anomalies de la réfraction qui porte sur 2,016 individus tous examinés à l'aide de l'ophtalmomètre de Javal. L'astigmatisme monte à 25 0/0 de toutes les anomalies de la réfraction. La fréquence de l'astigmatisme contraire à la règle augmente avec l'âge, tandis que celle de l'astigmatisme conforme à la règle diminue. L'astigmatisme hypermétrope présente une acuité visuelle plus grande que l'astigmatisme myope.

6. — M. VALUDE (Paris). — *Les verres toriques. Présentation d'une double série de ces verres.* — Les verres toriques sont des verres sphéro-cylindriques périscopiques. Ils présentent la surface d'un tore engendré par un cercle qui tournerait autour d'une droite située dans le plan du cercle. Les verres agrandissent le champ de la vision distincte, lorsque l'œil se déplace derrière les lunettes. Il faut indiquer sur l'ordonnance que le verre prescrit doit être exécuté d'après la forme torique.

7. — M. JAVAL (Paris). — *La position et la valeur probable de l'astigmatisme total d'après la position et la valeur réelle de l'astigmatisme cornéen.*

8. — M. FALCHI (Pavie). — *Altérations histologiques de la rétine dans la rage expérimentale.*

8e *Séance. — Samedi 9 août* (10 h. du matin).

PRÉSIDENCE DE M. SNELLEN (Utrecht).

1. — M. S. BERNHEIMER (Heidelberg). — 1° *Un fait anatomique du nerf optique.* — Il s'agit d'une bipartition des deux nerfs optiques trouvée occasionnellement chez un malade qui ne s'était pas plaint des yeux. M. Bernheimer explique cette bipartition complète par la pression perpétuelle des artères ophtalmiques athéromateuses qui avaient un parcours anormal, à savoir le long des nerfs optiques.

2° *Contributions à l'anatomie des racines du nerf optique de l'homme.* — M. Bernheimer a constaté, par des recherches anatomiques très soigneuses, qu'une des racines du nerf optique prend son origine dans le corps genouillé. Il s'est convaincu, par une série de coupes frontales, que les fibres qui se joignent à la bandelette optique restent dans celle-ci et ne la quittent plus, comme le disent quelques auteurs.

2. — M. BUNGE (Halle). — *De la sidérosis de l'œil.* — M. Bunge a étudié les conditions microscopiques d'yeux dans lesquels un corps étranger de fer avait séjourné longtemps. Ses recherches lui font croire que l'acide carbonique du corps vitré dissout peu à peu le fer et que l'oxygène amené par les artères oxyde alors ce fer, dissolu et porté par le courant nutritif à d'autres parties de l'œil et le précipite. Il l'a trouvé dans l'iris où il cause la décoloration rubigineuse et dans les lacunes de la cornée. Celle-ci prend aussi une couleur rubigineuse, mais seulement au bout d'environ un an après le traumatisme. M. Bunge affirme qu'on peut poser le diagnostic d'un corps étranger de fer entré dans l'œil par la dite décoloration de la cornée seule, qui diffère bien par sa couleur rubigineuse de la couleur orange ou même verdâtre de la décoloration hématogène (suite d'infiltration sanguine dans la cornée).

3. — M. BONO (Turin). — 1.250 *opérations de la cataracte de mai* 1885 *à juillet* 1890. — M. Bono déconseille les extractions de cataractes non mûres, à cause du développement de cataractes secondaires. Il fait remarquer que, du reste, les cataractes secondaires se forment de préférence dans les yeux où la cataracte était compliquée d'une choroïdite.

4. — M. UTHOFF (Berlin). — *Démonstration de préparations d'altérations du nerf optique dans différentes maladies générales.*

5. — M. P. SILEX (Berlin). — *Présentation d'un chien sur les deux cornées duquel M. Silex a pratiqué la transplantation de la cornée d'un lapin d'après la méthode de von Hippel.* — Le résultat est très bon. M. Silex présente de plus un garçon chez lequel il a fait la même opération à cause de taies cornéennes. Ici, le résultat était moins bon, quoique l'acuité visuelle s'améliorât de 1/200 à 1/48.

6. — M. G. GUTMANN (Berlin) présente : 1° Un homme atteint de *dacryoadénite syphilitique.* 2° Deux enfants, âgés de six mois, atteints d'*iritis hémorrhagique* causée par syphilis congénitale.

Dr F. OSTWALT.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 18 août 1890. — PRÉSIDENCE DE M. DUCHARTRE.

MM. GRANCHER et H. MARTIN adressent une note *sur un mode de traitement et de vaccination de la tuberculose expérimentale.* — Les résultats de leurs recherches ont été déjà consignés en partie dans un pli cacheté déposé sur le bureau de l'Académie de médecine le 19 novembre 1889. Toutes les expériences ont été faites sur le lapin, et la tuberculose a été inoculée par injection intraveineuse. On obtient ainsi une tuberculose qui tue dans un temps très court et à peu près fixe et qui échappe à tout traitement local. Par un traitement spécial, que les auteurs n'indiquent pas encore, ils sont arrivés à augmenter la résistance du lapin contre la tuberculose expérimentale. D'autre part, au moyen d'inoculations de cultures de virulences graduées, ils paraissent avoir réussi à lui conférer, contre la même maladie, une immunité dont il reste à déterminer la durée.

M. FERREIRA DA SILVA a découvert une *réaction caractéristique de la cocaïne.* — En traitant une petite portion de cocaïne ou de ses sels, par quelques gouttes d'acide nitrique fumant, en évaporant au bain-marie, puis en mélangeant le résidu avec une ou deux gouttes d'une solution alcoolique concentrée de potasse, on observe une odeur distincte et spéciale qui rappelle celle de la menthe poivrée. Cette réaction permet de distinguer la cocaïne des autres alcaloïdes du même groupe de la classification de Drasgendorf.

© ANM

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 4 septembre 1890. — PRÉSIDENCE DE M. TARNIER.

M. LE PRÉSIDENT fait part de la mort de M. Gavarret, membre de l'Académie de médecine et lève la séance en signe de deuil. P. S.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 31 juillet 1890. — PRÉSIDENCE DE M. POLAILLON.

M. VIGIER présente un *savon au sublimé* dans lequel il a pu maintenir le sublimé incorporé à 2 0/0 grâce à l'acide tartrique. Il présente aussi de l'*acide phénique synthétique*, très soluble, ayant moins d'odeur que l'acide phénique ordinaire qui est toujours impur.

M. PORAK. — Parrot a donné le nom d'*achondroplasie* à une maladie confondue avec le rachitisme intra-utérin et désigné avant lui sous le nom de rachitisme des crétins (Müller), rachitis micromelica (Winkler). Elle n'a, avec le rachitisme vrai, aucun rapport. Elle constitue une anomalie de l'ostéogénèse des premiers mois de la vie intra-utérine et non pas des derniers mois comme le rachitisme. Elle est guérie au moment de la naissance, tandis que beaucoup d'auteurs ont accepté les idées de Kassowitz qui établissent que le rachitisme de la deuxième année a débuté presque toujours dès la naissance et que souvent il guérit avant que l'enfant ne naisse. L'achondroplasie est caractérisée par un trouble général de la nutrition, probablement sous la dépendance du système nerveux général, ainsi que semble le démontrer la coïncidence fréquente de l'hydrocéphalie. Cette généralisation des troubles nutritifs est surtout démontrée par les lésions présentées par le système cutané et le système osseux. Le tissu cellulaire sous-cutané est en général épaissi. La lésion osseuse se caractérise par une augmentation du volume des membres, par la disposition irrégulière des chondroplasies épiphysaires. Cette lésion explique la flexibilité des cartilages, la diminution du développement des os longs en longueur, leur augmentation en épaisseur. Elle frappe presque exclusivement les os des membres et les os de la base du crâne. On constate presque toujours de l'hydramnios. Il en résulte une grande fréquence d'accouchements prématurés, de présentations vicieuses et de procidences du cordon. Vitalité du fœtus compromise, dystocie au moment de l'accouchement, faiblesse congénitale, toutes causes qui compromettent l'achondroplasique à la naissance. Mais lorsque la maladie est peu développée, il n'est pas impossible que les individus atteints de cette maladie survivent et s'élèvent. Chez les adultes, elle présente les mêmes caractères que chez les enfants. Ils ont entre eux un air de famille si spécial que leur groupement s'impose. Ils sont petits, leur taille dépasse rarement 1 m. 20, mais ils offrent un défaut d'harmonie entre les dimensions de la tête et du tronc qui paraissent normales et celles de leurs membres qui sont très petites. Ce sont des micromèles. Ils sont de plus obèses, mais autrement leur développement physique et psychique n'est pas normal, ce sont des individus robustes et ayant marché de bonne heure. L'auteur a réuni quatre observations représentant ces troubles à un haut degré de ressemblance. Il a trouvé dans les travaux des peintres de nains des individus en tout semblables à ceux qu'il a décrits. Pour lui la maladie existe chez le bœuf, la chèvre, le mouton et surtout chez le chien où elle caractérise la race des *bassets*. Incidemment, il soulève la grosse question de savoir si une maladie héréditaire, comme l'est l'achondroplasie, peut constituer les origines d'une race. Au point de vue obstétrical, le bassin des achondroplasiques présente un vice de conformation si caractéristique qu'il peut constituer un type spécial. Le développement du bassin est lié à celui des membres inférieurs. Les os qui entrent dans sa constitution sont donc petits, comme les os qui entrent dans la composition des membres inférieurs, et dans une proportion qui est commandée par la brièveté du fémur, du tibia et du péroné. Tous les diamètres du bassin sont rétrécis. De plus, le développement considérable du tronc et de la tête relativement à la taille des individus modifie l'équilibre du corps et la disposition des os du bassin. Celui-ci est plus incliné et le sacrum bascule de haut en bas et d'arrière en avant. Il en résulte une diminution relative du diamètre conjugué vrai au détroit supérieur, dont la dimension s'écarte peu de 6 centimètres. L'auteur a pu étudier ces lésions sur un squelette qui est conservé au musée de la clinique d'accouchement ; elles lui ont permis d'interpréter les résultats constatés chez les individus vivants. Le rétrécissement considérable du bassin achondroplasique rend l'accouchement à terme si difficile et si dangereux, qu'il constitue une indication pour l'opération césarienne, qui se pose nettement lorsque l'enfant est vivant. On a confondu les achondroplasiques avec les nains, et cependant, le pelvis nana diffère très notablement du bassin achondroplasique. Le bassin des nains présente les caractères plus ou moins marqués du bassin infantile. Le bassin de Belis, le nain du roi de Pologne, offre un bel exemple des altérations qui caractérisent ce type pelvien.

De la diffusion des courants électriques. — D'après M. le Dr DANION, il est facile de démontrer que ceux qui pensent qu'il n'y a lieu de tenir compte que de l'action intrapolaire commettent une grave erreur. A l'aide d'électrodes de dérivation placées sur les trajets extrapolaires et intrapolaires d'un courant principal diffusé dans l'eau d'une cuve, on peut aisément se rendre compte que les courants extrapolaires ont une intensité considérable et, dans une certaine mesure, égale aux courants intrapolaires. C'est ainsi qu'en se plaçant expérimentalement dans les conditions du traitement des fibromes utérins, on trouve, à une distance extrapolaire de 0,20 centim., une intensité dérivée de 8 m. a., alors qu'intrapolairement elle n'est que de 10 m. a. Quant à l'objection de la différence de conditions entre l'expérimentation et la clinique empruntée à cette circonstance que les tissus sont hétérogènes alors que le liquide des expériences est homogène, il est facile de démontrer expérimentalement *qu'au point de vue pratique* cette différence est nulle et que les tumeurs fibreuses les plus dures sont aussi *perméables* aux courants que les plus molles, de telle sorte que l'expérimentation et la clinique sont absolument d'accord.

M. le Dr GAUDICHIER communique une *note sur un cas d'obturation totale du vagin.* — Il s'agit d'une jeune femme de 26 ans chez laquelle le vagin se trouve remplacé par un simple cul-de-sac de 4 centim. environ de profondeur. Le toucher vaginal, le toucher rectal combinés tous deux avec la palpation abdominale ne permettent pas de constater la présence d'un utérus. Les organes génitaux externes sont normalement développés. Les règles naturellement n'ont jamais existé. Par contre, les douleurs abdominales, lombaires, sont fréquentes ainsi que les migraines et les étourdissements ; de plus, la malade se trouve plongée dans un état de tristesse dont rien ne peut la faire sortir. Des faits analogues existent certainement dans la science, mais il est bon de les signaler chaque fois qu'on les rencontre, en mentionnant tout particulièrement les symptômes qui en découlent.

Le Secrétaire-général adj., Dr CROUIGNEAU.

L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE TURIN ouvre, pour le prix Riberi, dont la valeur est de 18,000 fr., un concours international sur la question suivante : « Recherches sur la nature et la prophylaxie des maladies infectieuses de l'homme ». Les mémoires peuvent être en français, en italien, en latin ou en espagnol. Pour les renseignements, s'adresser au secrétaire de l'Académie de Turin.

L'INFLUENZA EN ALLEMAGNE. — L'influenza a fait sa réapparition à Breslau avec une grande intensité. Les symptômes sont différents de ceux du commencement de l'année. Les affections des voies respiratoires sont rares ; en revanche, les cas de céphalalgie compliqués de coma et de conjonctivite sont fréquents. (*Gazetta degl. Hospitali*).

STATISTIQUE DU CORPS MÉDICAL SUISSE. — D'après le dernier recensement il existait, au 1er janvier 1889, 1,530 médecins, dont 10 du sexe féminin, exerçant sur le territoire de la Confédération ; on comptait : 217 dans le canton de Zurich, 204 dans celui de Berne, 140 dans celui de Vaud, 125 dans celui de Saint-Gall et 108 dans celui de Genève, le surplus partagé entre les autres cantons moins populeux. Il existait, à cette date, 459 pharmaciens et 3,095 sages-femmes.

© ANM

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. — Dr Crombie. — **Action comparée des antipyrétiques.** *Ind. Med. Gaz.*, juillet 1889.

II. — Dr Salinger. — **Empoisonnement par l'antipyrine avec formation de f. membranes dans la bouche et symptômes de laryngite striduleuse.** *Americ. journal of med. Science*, mars 1890, p. 489.

III. — Dr Humphreys. — **Contre-indications de l'antipyrine.** *The Practitioner*, 1890.

IV. — Dr Young. — **Empoisonnement par l'antipyrine.** *Med. record*, 12 avril 1890.

V. — Dr Suttle (de Corsicana). — **Intoxication chronique par l'antifébrine.**

VI. — Dr Hatton. — **Antifébrine (accidents).**

VII. — Dr Love. — **Acétanilide ou antifébrine.**

VIII. — Dr Bosc. — **Effets de la phénacétine.** *Med. News*, 11 janvier 1890.

IX. — **La phénacétine dans la coqueluche et la bronchite.** *New-York med. Times*, avril 1890.

I. — Le Dr Crombie conclut comme il suit, d'après ses recherches : l'antipyrine est le médicament le plus actif ; l'antifébrine et la phénacétine ont une action presque aussi marquée. La phénacétine est la moins dangereuse. L'action de l'antipyrine se fait sentir le plus rapidement, l'antifébrine vient après, la phénacétine la troisième. La température tombe graduellement après l'administration de la phénacétine, et n'atteint son minimum que 3 à 5 heures après. L'action de la phénacétine dure le plus longtemps. Pour la certitude de l'action, elles sont dans le même ordre que plus haut. Tous les antipyrétiques ont le même désavantage dans les climats chauds : leur usage est suivi de sueurs abondantes. L'antipyrine est utile dans l'insolation. La phénacétine est supérieure aux autres dans cette dernière, parce que c'est un calmant produisant un sommeil tranquille. Si la température est entre 39°,4 et 40°,5, il faut employer l'antifébrine et la phénacétine ; si elle est au-dessous de 39°,4, on doit donner la préférence à la phénacétine.

II. — L'observation porte sur une malade atteinte de néphrite interstitielle avec céphalalgies violentes, pour lesquelles on ordonna de prendre 30 centigr. d'antipyrine toutes les 3 heures, jusqu'à cessation du mal de tête. Cinq minutes après avoir pris la première dose, la malade se sentit malaise, se plaignant d'élancements dans la tête. La respiration devint courte, difficile, les lèvres, la langue commencèrent à enfler d'une façon considérable. Plus tard, respiration de Chynes-Stokes, pouls rapide, faible, irrégulier ; température : 38°,5, contractions spasmodiques des muscles du cou, de la face et du larynx, avec intermittences de 1 à 2 minutes. Guérison après une injection de morphine. Le lendemain, éruption sans démangeaisons. L'état subcomateux dure 36 heures. Vers le 3e jour, on aperçoit une fausse membrane blanche se former sur la langue, les lèvres et le pharynx, commençant par des taches rondes s'unissant les unes aux autres. Si l'on enlevait cette membrane, la muqueuse située au-dessous saignait et elle se reproduisait rapidement. La malade se plaignait de douleur à la déglutition. Température : 38°,3 à 39°,4. Le 4e jour, expectoration d'une grande quantité de pus fétide. En examinant la bouche de la malade, l'auteur compta 13 petits abcès différents sur les amygdales, les gencives, la base de la langue. Deux mois après, à l'occasion d'un mal de tête violent, la malade reprit 30 centigr. d'antipyrine, et les mêmes accidents réapparurent (frissons, pouls rapide, gonflement des lèvres et de la langue, contractures des muscles de la face et du cou, urticaire). Trois mois après, la malade reprit de l'antipyrine et présenta les mêmes symptômes.

III. — Le Dr Humphreys pose comme contre-indications : toute maladie du cœur, toute affection diphtéritique avec lésion myocardique, les hémorrhagies profuses, la période menstruelle, la dysménorrhée, le catarrhe pulmonaire, la pneumonie lobaire avec œdème et troubles cardiaques, les périodes tardives de la tuberculose, la faiblesse dépressive, les derniers stades des fièvres à longue durée.

IV. — Le Dr Young rapporte un cas d'empoisonnement chez un individu de 43 ans, atteint de céphalalgie, auquel il avait prescrit seulement 40 centigr. d'antipyrine. Trois minutes après avoir pris ce médicament, il se plaignait d'une sensation bizarre au milieu des narines ; quelque temps après, il fut pris d'oppression, de dyspnée, avec douleur dans le cou, les bras, les aines, puis de vertige, de nausée, de troubles de la vue. Après un traitement convenable, les troubles disparurent au bout de 2 ou 3 heures.

V. — Pour un malade atteint de névrose du tibia, chez lequel les douleurs étaient extrêmement intenses, l'auteur prescrivit de l'antifébrine à larges doses pendant 18 mois. Le malade était devenu pâle, très anémié ; les globules sanguins rouges étaient considérablement diminués. Il prenait par jour environ plein une cuiller à café du médicament pur. Après chaque dose, il devenait très pâle, les lèvres et les doigts blémissaient. Pendant tout ce laps de temps, il absorba 1,800 grammes d'antifébrine.

VI. — Le Dr Hatton rapporte deux cas dans lesquels il a observé des accidents après l'administration d'antifébrine. Dans le premier cas il s'agit d'un enfant de 16 ans atteint de fièvre typhoïde auquel il prescrivit 0,30 centigr. du médicament. Une heure après l'enfant devint froid, la respiration se ralentit, le pouls diminua, les battements du cœur s'affaiblirent, le malade tomba dans le collapsus. Il fallut 16 heures pour l'en faire sortir, et la température ne se releva à la normale que 4 jours après. Une seconde fois l'auteur prescrivit au même malade 0,20 centigr. d'antifébrine et les mêmes accidents réapparurent. Dans le second cas, ces phénomènes se présentèrent chez un homme de 52 ans, après l'absorption de 0,30 centigr. de cette substance.

VII. — Le Dr Love emploie comme antipyrétique ce médicament, depuis un an, dans les maladies de l'enfance. Il l'ordonne à la dose de 0,05 centigr. par deux livres de poids du petit malade. Il emploie la formule suivante :

Acétanilide	2	grammes
Alcool	12	—
Glycérine	8	—
Eau cinnamome	12	—
Sirop tolu	30	—

1 à 2 cuillerées à café toutes les 2 ou 3 heures. Il s'est fort bien trouvé de ce médicament, qu'il préfère à l'antipyrine ; son action serait plus durable et il ne produirait pas de dépression. La cyanose observée par certains médecins ne serait pas suivie d'effets dangereux. Il est préférable de l'ordonner à petites doses répétées qu'à doses massives.

Le Dr Hartge, de Dorpat, a observé un étudiant qui avait absorbé 28 à 29 grammes d'acétanilide. Les accidents consistèrent dans la cyanose des téguments, avec état comateux, irrégularité de la respiration, accélération du pouls. L'haleine du malade sentait l'aniline. Ces phénomènes durèrent plusieurs jours.

VIII. — Le Dr Bosc résume comme suit les effets de ce médicament : 1° Il produit un abaissement graduel de la température et l'élévation consécutive à l'abaissement se fait aussi lentement. 2° A des doses ordinaires, il ne cause pas de symptômes alarmants. 3° Il n'a pas de goût et peut être pour cela facilement donné aux enfants. 4° Une forte dose donnée à un délirant produit un sommeil calme. 5° Il ne produit pas de sueurs. 6° Il n'agit pas sur le cœur. 7° Il n'engendre pas de troubles gastriques.

IX. — L'auteur rapporte la guérison de deux cas de coqueluche par la phénacétine en une semaine, les crises paroxyntiques ayant diminué des 3/4 au bout de 3 ou 4 jours de traitement. Ce médicament ferait cesser les vomissements, et réapparaître l'appétit. L'auteur le présente à la dose de 0,13 centigr. toutes les 4 heures. Il l'aurait utilisé avec grand bénéfice dans la bronchite simple et le catarrhe bronchique.

(*A suivre*).

Université de Nancy. — Le Conseil général de la Meuse a émis un vœu en faveur de l'institution d'une Université à Nancy, et voté, sur la proposition du préfet, 5 centimes d'imposition pour travaux départementaux.

© ANM

CORRESPONDANCE

Traitement du choléra.

Monsieur et honoré Confrère,

J'ai lu dans un journal non médical que les médecins anglais avaient essayé, sans succès, le sublimé contre le choléra. Cela se peut; mais en l'administrant dans l'estomac probablement. Or, dans le choléra, l'estomac n'absorbe rien ni les intestins non plus. Du reste, les microbes sont, pour la plupart, déjà à l'abri dans les tissus de ces organes.

Quand j'ai publié une brochure proposant le perchlorure, en 1885-1886, en retournant aux Indes, après avoir visité Toulon et Marseille en 1884 (l'épidémie finissait et nous n'avons pas pu l'essayer), je disais expressément, dans mon pamphlet (j'ai l'honneur de vous l'envoyer), que c'était au moyen d'injections sous la peau, dans le péritoine que je l'avais essayé dans trois cas (deux guéris) et que je le recommandais. Ces trois cas, en 1864, avaient été traités par moi avec l'idée de produire une action cholagogue. 30 gouttes d'une solution contenant moins d'un demi-centigramme de sublimé. Il est évident que ce n'était pas cela qui avait guéri les deux malades. Mais depuis que l'on a reconnu l'étiologie microbienne de la maladie, je recommandais les grandes injections de perchlorure au millième sous la peau, etc. On n'a jamais essayé, que je sache, l'administration hypodermique de trois ou cinq centigrammes de sublimé étendus dans 1,000 ou 2,000 grammes d'eau et renouvelée toutes les 12 ou 24 heures, pendant 2 jours. La dose paraît un peu forte, mais la maladie est d'une rapidité de marche qui demande des remèdes héroïques; je serais tenté d'employer du lait, etc., au lieu d'eau, afin de nourrir mon malade en l'injectant. MM. Dubar, Rémy, Bizzozero, Golgi, etc., ont montré que même l'albumine en solution (ce qui ne conviendrait pas au perchlorure) injectée dans le péritoine est inoffensive. Le lait maternel, si je ne me trompe, a été injecté dans les veines, sans accidents, ainsi que le sang défibriné, etc.

Mais, voilà, depuis ma visite à Toulon et Marseille, pendant l'épidémie de 1844, je n'ai pas vu un seul cas de choléra, même aux Indes que j'ai quittées en 1887. Du reste, ni ma santé, ni les règlements de la loi, si nécessaires à l'égard des étrangers, ne me permettent de pratiquer; et je n'ai pas pu poursuivre mes recherches.

Il est évident qu'on pourrait avec le sublimé combiner la morphine (si utile, aux Indes, en petites doses, contre les *débuts* de la maladie) ainsi que tout autre médicament (Bouillon de Touraillon, etc., etc.), mais toujours en *grandes* injections sous-cutanées (je dis grandes injections, tant pour délayer le sublimé que pour liquéfier le sang épaissi comme le goudron (Hayem) dans le péritoine ou même dans la vessie (Richardson, Purvis, Cooney, Catani, Hayem, Paccini), au moyen du cathéter, mais là, peu de liquide est absorbé (selon Richardson).

Ce que je sais, c'est que l'administration de médicaments par la bouche est, en présence des continuels vomissements, presque dérisoire et que, pourvu qu'on ne dépasse pas le cinquième du poids du malade (Richardson), il n'y a aucun danger à injecter des grandes quantités de fluide désinfecté dans les tissus cellulaires (Hayem). Cette anasarque artificielle ramène presque immédiatement, on le sait et je l'ai vu, le pouls et la chaleur, la voix et l'appétit et donne aux remèdes le temps et la *possibilité* d'agir, en entrant dans la circulation par les vaisseaux absorbants.

Je ne veux pas quitter la question du choléra sans renouveler l'assertion des médecins de l'Inde (où le choléra est en permanence dans certains districts) qu'il n'y a nulle connexion entre l'influenza et le choléra.

Je dis que si on a le choléra en France, ce sera *post hoc*, non *propter hoc*. En effet, l'influenza venait de la Russie et couvrit l'Europe. Donc, c'était en Russie que le choléra devait d'abord la suivre. Mais, c'est à l'autre bout de l'Europe, en Espagne, qu'il apparut, et longtemps après, amené là par des matelots ou par des pèlerins maures et indiens, retour de la Mecque probablement, ou moins probablement de Manille (?).

Depuis longtemps on savait qu'en Asie-Mineure, etc. (même avant l'influenza), il y avait une ou plusieurs recrudescences de choléra et il était presque certain que, tôt ou tard, il suivrait ses routes ordinaires (rarement la longue route maritime de l'Océan Indien, voyage qui constitue une véritable quarantaine), mais il n'a pas encore même suivi l'influenza en Russie. Elle y paraîtra peut-être, c'est probable, mais où, selon la logique d'une connexion, il devait paraître d'abord. Mais il aurait dû éclater premièrement là où l'influenza avait surgi et non en Espagne, s'il y avait un grain de vérité dans cette théorie de causalité fantastique.

J'ai servi vingt-cinq ans dans les Indes et je n'ai jamais vu ni entendu parler d'influenza dans ce « *home* » du choléra endémique. On a dit qu'elle y a paru cet hiver. C'est très possible, mais une seule fois *après* vingt-cinq ans de choléra presque continu. Cela prouve qu'il n'y a aucun rapport entre les deux maladies. Il est possible que les deux microbes se plaisent dans les mêmes conditions atmosphériques; voilà tout ce que l'on peut dire.

Quant à la fièvre dengue qui est maintenant au Sénégal (si c'est la Dengue que nous appellions par erreur aux Indes *Scarlatina Rheumatica* et que nous connaissons de longue date), j'en ai vu une épidémie presque universelle dans le pays (pas de morts ou très peu). A Paris, j'ai eu l'influenza et je connais le choléra comme les rhumes de cerveau! Eh bien, je déclare que confondre entre elles ces trois maladies serait la plus « immense gaffe » que l'on pourrait faire en diagnostic!

Veuillez agréer, Monsieur et honoré Confrère, mes salutations les plus distinguées.

CAMERON MAC DOWALL (Ecossais),

Médecin-chirurgien-général adjoint de l'armée des Indes-Brit., Aide-major volontaire, pendant le siège de Paris, au 37e bataillon de marche.

Action du sulfate de quinine contre le mal de mer.

Mon cher Collègue,

Puisque vous vous êtes souvent, dans le *Progrès médical*, occupé du mal de mer et des moyens de traitement qu'on peut employer contre lui, permettez-moi de vous signaler le fait suivant qui constitue une véritable expérience: Il s'agit d'une traversée qui a été très agitée et que je fis avec un de mes amis extrêmement sujet au mal de mer, tellement qu'il en est malade réellement pendant deux ou trois jours après la traversée faite et que, pendant le voyage, il est toujours, sans exception, dans un état véritablement grave. Or, je lui conseillais de prendre, deux heures avant de s'embarquer, un gramme de sulfate de quinine en cachet; ce qu'il fit et ce qui empêcha absolument tout sentiment nauséeux et tout malaise. Tout le monde était malade et lui, qui est certainement plus sensible que tous les autres, n'était pas malade le moins du monde. L'hypothèse que le sulfate de quinine agit dans le sens d'un affaiblissement de la sensibilité des centres nerveux est tout à fait conforme à ce que nous savons de son action physiologique. On sait qu'on le donne avec quelque succès dans la maladie de Ménière, dont les symptômes ne sont pas très loin du mal de mer. Rarement on a eu l'occasion d'essayer ce médicament et je ne trouve guère que l'observation déjà ancienne d'un médecin anglais qui s'est imaginé que le mal de mer était dû à une émanation malarienne, à des sortes de miasmes s'élevant de la surface des eaux et contre lesquels le sulfate de quinine agirait souverainement. Il n'eut cependant aucun résultat. C'est qu'il ne suffit pas d'administrer du sulfate de quinine; il faut encore saisir le moment. Si on attend, pour le prendre, le moment où on commence à être malade, on n'obtiendra certainement aucun bon résultat. Il est trop tard et il faut renoncer à tout effet curatif. Il faut monter sur le bateau alors qu'on est déjà complètement intoxiqué par le poison; c'est-à-dire qu'il faut prendre le médicament deux heures au moins et quatre heures au plus avant de s'embarquer.

Cela n'empêchera d'ailleurs aucune des autres précautions habituelles, comme la position couchée, par exemple, qui est toujours si efficace.

Charles RICHET.

© ANM

BIBLIOGRAPHIE

L'Assistance publique dans le département de Sambre-et-Loire ; par le Dr Henri Napias, inspecteur général des services administratifs au ministère de l'Intérieur. In-8 de 88 pages, Paris, 1890. — Lecrosnier et Babé, éditeurs.

Les Français connaissent si peu leur propre pays, qu'il est probable que pas un ne saurait dire où est situé le département de Sambre-et-Loire. Il est vrai que nos cartes ne l'indiquent pas. Voyez nos atlas les plus récents, vous n'y trouverez pas le nom de ce département. Et cependant il existe. La preuve, c'est que M. Napias l'a visité, inspecté, étudié. Il en a parcouru les villes et les villages, il sait les qualités et les défauts des habitants, les produits du pays. Les établissements de bienfaisance y sont nombreux, et ne valent ni plus ni moins qu'ailleurs. Ils ont des ressources considérables, souvent mal employées. Beaucoup de bonnes volontés restent stériles et impuissantes, faute d'une direction éclairée. Mais tout cela va changer, grâce à l'initiative hardie et intelligente du Préfet de ce département idéal.

Idéal est le mot. Croirait-on que le département de Sambre-et-Loire a le même préfet depuis dix ans ? Et quel préfet ! M. Nomo, tel est son nom, proche parent peut-être, en tous cas ami intime et administrateur selon le cœur de M. Napias, frise la cinquantaine ; il est grand, bel homme, affable, point familier. Instruit et travailleur, il a passé par le Conseil d'Etat, est docteur en droit, cultive les lettres et peut-être même taquine la muse, dans ses moments perdus, et s'intéresse aux travaux des savants. A toutes ces qualités il joint tous les bonheurs, même celui d'être marié à une femme charmante qui, par sa bonne grâce, a su conquérir les administrés, même les plus revêches, de son mari. Heureux préfet ! heureux département ! On ne saurait trop le redire.

Et pourtant il y a des ombres à ce tableau ; en Sambre-et-Loire, comme dans les autres départements, il y a des préjugés, des routines, contre lesquels il faut lutter. Là, comme partout, on rencontre l'esprit ancien, tout de traditions, et l'esprit moderne, ardent au progrès, avide de nouveauté. Entre ces deux tendances, la lutte est fatale. Heureusement qu'en Sambre-et-Loire ils sont gens d'esprit rassis et qui raisonnent. Ainsi, quand ils ont eu à résoudre la question de la laïcisation des services hospitaliers, ils ne l'ont pas laissé s'envenimer à devenir une question politique. Ils y ont eu d'autant plus de mérite que dans un département limitrophe, les choses se sont passées tout autrement ; là, quand il s'est agi de nommer un conseiller municipal ou un député, les électeurs se sont inquiétés non pas de savoir si le candidat avait déjà rendu des services, si, dans les postes auxquels l'avait déjà appelé la confiance de ses concitoyens, il avait largement rempli son devoir ; non, on demandait seulement s'il était pour ou contre les sœurs dans les hôpitaux, et comme il s'est trouvé que le candidat avait été l'apôtre ardent — trop ardent peut-être — de la laïcisation, on lui a préféré qui ? Mieux vaut ne pas le dire.

Jamais pareille chose ne se rencontrera à Saint-Harmony (chef-lieu du département de Sambre-et-Loire), ni dans aucune des autres localités, petites ou grandes. Il est vrai que, par une bonne fortune singulière, il s'est trouvé fort à propos un médecin éminent, chirurgien des hôpitaux, professeur à la Faculté, que tout le monde connaît, le savant docteur Tenail, pour mettre les choses au point. A ceux qui lui disaient : « Alors vous demandez un personnel laïque ? » le Dr Tenail répondait : « Je demande un personnel instruit ». J'aurais ajouté : « et obéissant ». En effet tout est là, et l'on s'en rendra compte en recherchant comment la question de la laïcisation est arrivée à se poser.

A l'origine, l'idée de l'*assistance* repose exclusivement sur l'idée « de la bienfaisance, de la charité, de l'aumône ». Etre bienfaisant, être charitable, c'est exercer une vertu, et même cette vertu n'est pas absolument désintéressée, puisqu'elle table sur les récompenses de la vie future. Telle a été la conception chrétienne, et tout naturellement ce sont les congrégations religieuses qui ont eu le monopole de l'assistance ; c'est à elles que la société chrétienne a délégué la tâche de secourir le pauvre, d'assister le faible. En quoi faisant, les congrégations obéissaient à leur vocation, car elles pratiquaient la suprême vertu chrétienne, la charité.

Le monde moderne se fait de l'assistance une idée différente. Comme le disait déjà Larochefoucauld-Liancourt en 1790, les secours publics ne sont pas une *faveur*, ils sont une *dette*, ils sont un *devoir* de la société vis-à-vis de ceux de ses membres qui sont dans le besoin. Seulement, la théorie moderne est toute récente, tandis que la théorie opposée est vieille d'un grand nombre de siècles. Il y a pour elle possession d'état, et ce n'est pas du jour au lendemain, par un coup de baguette magique, que l'organisation ancienne peut être modifiée.

Le problème aura fait un grand pas vers la solution, le jour où il se sera formé un personnel laïque instruit. Nul en effet ne saurait prétendre que nos malades ne puissent être aussi bien soignés par des laïques que par des religieuses. Dans certains pays, en Suisse, en Allemagne, en Angleterre, en Hollande, en Russie, en Portugal, aux Etats-Unis, en Prusse, etc., le personnel des hôpitaux est laïque. Même à Paris, Bicêtre, la Salpêtrière n'ont jamais eu de surveillantes religieuses.

Laïques ou religieuses peuvent donc rendre d'excellents services, à condition cependant qu'à une *instruction professionnelle* suffisante ils joignent l'*obéissance* au médecin. Il faut que le médecin soit le chef incontesté et indiscuté dans son service. Donnez au médecin l'autorité qui lui revient de droit, et il n'arrivera plus « que l'on supprime le vin aux syphilitiques, aux galeux (!) et aux teigneux (!) ; que l'on mette la « maternité à côté du dispensaire des filles publiques vénériennes ; que la même servante panse les femmes en couches « et les femmes syphilitiques ; que les aliénés, en attendant « leur transfert dans l'asile départemental, soient enfermés « dans des bouges infects, etc. » Il y a là toute une éducation à faire, toute une série de préjugés à déraciner, et notez que ces préjugés sont ceux de beaucoup de laïques.

On n'ose plus aujourd'hui commencer le traitement de la vérole par une bonne fustigation, mais elle est d'hier, la campagne menée en Angleterre et même en France contre toute réglementation de la prostitution. Il s'est trouvé des médecins (anglais il est vrai) pour déclarer que ceux qui attrapent la syphilis n'ont que la juste punition de leur péché ! La niaiserie sentimentale des uns mène au même résultat que l'étroitesse religieuse des autres ; en Sambre-et-Loire on est en bonne voie pour remédier à tout cela, et l'exemple profitera aux autres départements.

Il serait intéressant d'accompagner M. Napias dans ses visites aux autres établissements d'assistance de son département de prédilection, aux crèches, à l'asile d'aliénés, aux orphelinats. Ce seraient des visites profitables. Votre guide, avec une bonhomie souriante, vous renseignerait sur le fort et le faible de chacun d'eux, et, chemin faisant, il vous initierait à ses projets de réforme ; à coup sûr il vous convaincrait.

L'asile d'aliénés paraît construit dans de bonnes conditions, le département ayant trouvé un architecte qui n'avait pas le culte exclusif de la ligne, qui n'a pas cru de son honneur de se signaler par quelque fantaisie artistique devenant une colossale bévue, mais qui au contraire, a pensé que l'idéal d'un bâtiment destiné à un service public consiste à répondre à sa destination, et à y arriver le plus économiquement possible. Tel qu'il est, l'asile de Sambre-et-Loire n'est ni meilleur ni plus mauvais que beaucoup d'autres. Je voudrais savoir si les fonctions médicales et administratives y sont séparées, et ce qu'on pense en Sambre-et-Loire de cette séparation. Il y a fort longtemps que cette dualité des services est indiquée ; elle est la cause de conflits incessants. Mais, s'il a fallu un siècle d'efforts et l'expérience désastreuse de plusieurs grandes guerres pour délivrer les médecins militaires du joug de l'intendance et leur donner l'autonomie, il faudra, je le crains, un temps bien plus long encore pour que nos asiles d'aliénés soient affranchis d'une organisation dont les inconvénients ne sont plus à démontrer, et qui n'existe dans aucun autre pays.

Le premier âge intéresse particulièrement M. Napias, je le comprends. Je n'ai jamais pu entrer dans un service d'enfants sans un serrement de cœur. Quel spectacle plus affligeant que celui de la souffrance et de la douleur s'emparant de pauvres

© ANM

petits êtres dès leur entrée dans le monde, et leur préparant une existence souvent lamentable ! Malheureux enfants qu ont « les dents agacées, parce que leurs parents ont mangé des raisins verts ! » N'est-ce pas un devoir impérieux de leur venir en aide, de les mettre en état de vivre un jour librement de leur travail !

Je m'arrête. Je pense en avoir assez dit pour donner à chacun l'envie d'aller visiter le département de Sambre-et-Loire. Mais il faut y aller avec M. Napias pour guide, et tant que M. Nemo en sera le préfet. A eux deux ils ont entrepris une série de réformes qu'ils mèneront, je l'espère, à leur entière réalisation.

J. CHRISTIAN.

VARIA

Le Choléra.

Choléra en Espagne. — Le choléra continue à faire en Espagne des ravages sérieux. Le nombre des cas et surtout celui des décès devient inquiétant.

Voici le bilan des cas observés dans ce pays depuis le début de l'épidémie :

Tarragone, 49 cas, 15 décès; Alicante, 153 cas, 47 décès; Tolède, 288 cas, 142 décès; Badajoz, 80 cas, 48 décès; Valence, 2,241 cas, 1,119 décès; Madrid, 18 cas, 10 décès. Au total, jusqu'à ce jour, 2,829 cas et 1,431 décès. La proportion des décès est donc de 50 0/0 environ.

Il y a eu un nouveau décès le 27 août à bord du vapeur *Congella*. Tous les autres passagers qui présentaient des symptômes cholériques sont parfaitement rétablis. Le *Temps*, du 29 août, signale 61 cas de choléra et 52 décès dans les provinces de Badajoz, d'Alicante, de Tolède et de Valence. Une dépêche du 28 août annonce une nouvelle augmentation à Valence et à Tolède. Le colonel commandant l'Ecole militaire de cette ville a succombé. Le gouvernement prorogera l'ouverture des Ecoles militaires et universitaires si l'épidémie persiste en septembre.

Les médecins chargés par le gouvernement espagnol du service sanitaire dans les districts infestés par le choléra continuent, bien qu'on leur ait donné une escorte militaire, à trouver la plus vive hostilité chez les populations. Dans la province de Valence, un médecin a été tué à coups de poignard ; à Mogente, un autre a eu le crâne fendu d'un coup de hache, par une femme, et dans un troisième district, près de Lerdo, un médecin a été assailli par la foule et mis à mort.

Le 30 août, on a constaté 64 cas de choléra et 33 décès. Le 31 août, 78 cas et 51 décès. Le 1er septembre, 48 cas et 20 décès, dans les prisons d'Alicante, Badajoz, Tarragone, Tolède et Valence.

Egypte. — Afin d'enrayer le développement de l'épidémie cholérique, le gouvernement égyptien a résolu d'établir un second poste de quarantaine à Rasmallah, dans le golfe de Suez.

Une dépêche du Caire, du *Times*, signale une diminution de l'épidémie cholérique. Le nombre des décès à Djeddah a été de 26 samedi, de 15 dimanche et de 13 lundi. A la Mecque, pour ces trois journées il n'y a eu que deux décès.—*Le Caire*, 1er septembre. Il y a eu 48 cas de choléra à Eltor et 18 décès. Depuis mardi, il ne s'est produit aucun nouveau cas à la Mecque, où l'épidémie est regardée comme terminée.

Japon. — On annonce d'Angleterre qu'il y a au Japon une importante épidémie cholérique et qu'il y a 200 décès par jour dans ce pays. Cette nouvelle demande vérification.

Arabie. — Suivant une dépêche du Caire, adressée au *Times*, M. Ebeid, qui accompagnait en qualité de médecin les pèlerins égyptiens se rendant à la Mecque, aurait télégraphié de Djeddah que le choléra venait d'éclater à Yembo.

Hygiène des chemins de fer.

Au dernier Congrès de médecine de Berlin, il y avait, on s'en souvient, une sous-section concernant l'hygiène des chemins de fer. Personne de nous n'a pu la suivre, nous ne savons, à notre grand regret, si on y a discuté la question suivante qui a pourtant son intérêt. En tous cas, elle a de l'actualité, puisque la *Gironde* prétend que le Ministère des travaux publics vient de s'en occuper. Il s'agit de l'installation des *water-closets dans tous les trains* qui marchent longtemps sans s'arrêter un temps notable.

Sur ce point, nous étions en retard sur l'Allemagne, — cela n'est pas douteux,— et peut-être sur bien d'autres pays. Tous ceux qui ont passé le Rhin le savent, et si les villes prussiennes sont dépourvues d'urinoirs, il n'en est pas de même de leurs voies ferrées. Bien des congressistes, lors de leur dernier voyage, ont pu apprécier les bienfaits de telles précautions. Enfin, en France, nous allons désormais être aussi bien pourvus, si l'on en croit l'ordre donné par M. Guyot. Une récente circulaire aux administrateurs de nos six grands réseaux invite ces derniers à compléter l'installation de water-closets dans *tous les trains* qui marchent pendant plus de *deux heures* sans un stationnement d'au moins *dix minutes*. C'est très bien, mais au lieu de *deux* heures, il aurait fallu dire *une* heure. Si l'employé du Ministère, qui a rédigé la circulaire, eût été un prostatique ou autre chose, il n'aurait pas manqué de trouver que deux heures c'est bien long parfois quand on attend.

En tous cas, *une heure* doit être la limite pour les trains susceptibles de transporter un grand nombre de malades (trains desservant les villes d'eaux, les stations d'hiver de la Méditerranée, etc., etc.). M. B.

Nombre de diplômes délivrés aux femmes.

D'après la dernière statistique publiée par les soins du ministre de l'instruction publique, il a été délivré, depuis 1866, 202 diplômes à des dames ou à des demoiselles. Ces diplômes se divisent ainsi : 35 de docteurs en médecine, 69 de bacheliers ès sciences et ès lettres, 13 de licenciés et 2 de pharmaciens. Sur les 202 candidates diplômées, 102 se sont présentées devant les Facultés de Paris ; Lyon vient ensuite avec 16, Aix avec 13, Nancy avec 12, Bordeaux avec 11, etc. Parmi les dames ou demoiselles étrangères qui ont obtenu des diplômes, le plus grand nombre appartient aux nationalités russe et roumaine. On compte aussi plusieurs polonaises et quelques anglaises.

L'assainissement de la Seine.

Les ingénieurs du département de la Seine ont préparé un projet d'ensemble pour l'assainissement de la Seine qui va être soumis très prochainement aux pouvoirs publics. De Melun jusqu'aux fortifications, est-il dit dans leur rapport sur cette question, le nombre des communes et usines qui déversent dans la Seine leurs eaux résiduaires est si grand que le fleuve finira par n'être qu'une nappe d'eau corrompue dans la traversée de Paris. Le projet des ingénieurs comprend un ensemble de travaux qui permettront de capter les eaux résiduaires et de faire pour elles ce que l'on fait partiellement depuis plusieurs années pour celles de Paris, c'est-à-dire qu'on les répandra sur un champ d'épuration. Le Conseil d'hygiène du département de la Seine s'est occupé dans sa dernière séance de cette pollution sans cesse croissante. Il a été d'avis qu'il y avait lieu, pour les autorités départementales, de chercher à supprimer tout à fait les déversements d'eaux insalubres dans le fleuve, et il a émis le vœu que les travaux nécessaires fussent exécutés le plus tôt possible en commençant par l'amont de Paris. (*Le Temps*).

Empoisonnement par la cocaïne.

Le *Radical* du 11 août a raconté qu'une jeune fille de Solre-le-Château, Mlle D., était morte subitement chez un dentiste de Lille. Il a été constaté, par trois docteurs et par le commissaire de police, que ce praticien avait donné à sa cliente, particulièrement nerveuse et susceptible, deux injections de cocaïne dans les gencives pour les insensibiliser et que la mort devait être attribuée à l'emploi de cet alcaloïde. Le parquet est saisi de l'affaire. Le corps de Mlle D. a été transporté à l'amphithéâtre de médecine de Lille. M. le Dr Dutilleux a été chargé de l'autopsie et des constatations légales. On lui a remis la fiole contenant le liquide dangereux qui a causé la mort de Mlle D.

NÉCROLOGIE.

M. le professeur GAVARRET.

M. le professeur GAVARRET vient de mourir au château de Valmouth, chez son ami, M. le professeur Lannelongue. M. Gavarret était né en 1809, à Astaffort (Lot-et-Garonne). Il fut reçu en 1829 à l'Ecole polytechnique. Il fut envoyé en 1831 à l'Ecole d'application de Metz, comme sous-lieutenant d'artillerie. Des raisons particulières lui firent abandonner la carrière militaire et s'adonner aux études médicales. Il fut reçu docteur en 1834. Nommé professeur de physique médicale à la Faculté de Paris, par concours, en 1843, membre de l'Académie de médecine en 1858, inspecteur général en 1879, M. Gavarret faisait également partie du Comité consultatif d'hygiène. Il a rendu d'incontestables services comme professeur. En sa qualité d'inspecteur général, on ne saurait en dire autant ; à Bordeaux et surtout à Lyon, son action aurait été vivement critiquée en maintes circonstances. Peut-être faut-il l'attribuer à son grand âge. Alors la responsabilité des fautes qu'il aurait commises retomberait sur les ministres

© ANM

de l'instruction publique qui ne comprennent pas que les fonctions d'inspecteur général doivent être confiées à des hommes non seulement compétents, mais encore au courant des progrès de chaque jour, des besoins de leur temps et en plein fonctionnement intellectuel. Ceci dit, nous reconnaissons hautement la valeur des travaux scientifiques de M. Gavarret, dont nous citons les principaux.

Principes généraux de statistique médicale, Paris, 1840. — *Lois générales de l'électricité dynamique*. Analyse et discussion des principaux phénomènes physiologiques et pathologiques qui s'y rapportent, Paris, 1843. — *Recherches sur la température du corps humain dans la fièvre intermittente*, Paris, 1844. — *De la chaleur produite par les êtres vivants*, Paris, 1855. — *Des images par la réflexion et la réfraction*, 1856. — *Traité d'électricité*, 1857.— *Télégraphie électrique*, 1861. — *Premier rapport sur l'organisation de la Faculté de médecine*, Paris, 1871. — *Physique biologique ; acoustique biologique, phénomènes physiques de la phonation et de l'audition*, Paris, 1877. M. Gavarret a fait un certain nombre de rapports sur ces questions d'hygiène, au Comité consultatif. Il a publié aussi, en collaboration avec Andral, plusieurs mémoires : *Modifications de proportions de quelques principes du sang*, Paris, 1840. — *Recherches sur la composition du sang de quelques animaux domestiques dans l'état de santé et de maladie*, Paris, 1842. — *Réponse aux principales objections dirigées contre les procédés suivis dans l'analyse du sang et contre l'exactitude de leurs résultats*, Paris, 1842. — *Recherches sur la quantité d'acide carbonique exhalé par les poumons dans l'espèce humaine*, Paris, 1843. Voici la liste de ses principaux travaux comme membre du comité consultatif d'hygiène de France : *Rapport sur le projet de révision de la législation de l'an XI en ce qui concerne l'exercice de la médecine et de la pharmacie* (1873) ; — *Rapport sur les inspections annuelles des pharmacies, épiceries et drogueries* (1875) ; — *Rapport sur l'autorisation demandée par les officiers de santé et les pharmaciens de 2e classe d'exercer dans tous les départements* (1883), etc., etc.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 24 août 1890 au samedi 30 août 1890, les naissances ont été au nombre de 975 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 353 ; illégitimes, 114, Total, 467. — *Sexe féminin :* légitimes, 381 ; illégitimes, 127, Total, 508.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 24 août 1890 au samedi 30 août 1890, les décès ont été au nombre de 806 savoir : 431 hommes et 375 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 5, F. 6, T. 11. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 8, F. 7, T. 15. — Scarlatine : M. 3, F. 0, T. 3. — Coqueluche : M. 3, F. 1, T. 4. — Diphthérie, Croup : M. 10, F. 11, T. 21. — Choléra : M. 00, F. 00, T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 95, F. 61, T. 156. — Autres tuberculoses : M. 21, F. 5, T. 26. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 7, T, 7. — Tumeurs malignes : M. 16, F. 23, T. 39. — Méningite simple : M. 11, F. 11, T. 22. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 16, F. 14, T. 30. — Paralysie : M. 0, F. 3, T. 3. — Ramollissement cérébral : M. 3, F. 2, T. 5. — Maladies organiques du cœur : M. 30, F. 24, T. 54. — Bronchite aiguë : M. 4, F. 6, T. 10. — Bronchite chronique : M. 12, F. 3, T. 15. — Broncho-Pneumonie : M. 3, F. 11, T. 14. — Pneumonie : M. 6, F. 9, T. 16. — Gastro-entérite, biberon, M. 58, F. 56, T. 114. —Gastro-entérite, sein : M. 12, F. 13, T. 25. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 3, T. 4. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Débilité congénitale : M. 7, F. 5, T. 12. — Sénilité : M. 7, F. 19, T. 26. — Suicides : M. 9, F. 4, T. 13. — Autres morts violentes : M. 12, F. 2, T. 14. — Autres causes de mort : M. 76, F. 63, T. 139. — Causes restées inconnues : M. 3, F. 2, T. 5.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 76, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 33, illégitimes, 15. Total : 48. — *Sexe féminin :* légitimes, 20 ; illégitimes, 8 Total : 28.

Facultés des sciences — *Boursiers de licence*. — Sont nommés, pour un an, à partir du 1er novembre 1890, boursiers près les Facultés des sciences ci-après désignées, les candidats à la licence dont les noms suivent. *Faculté de Paris.* Licence ès sciences physiques : MM. Weil (A.-E.), bourse entière ; Tabourg (P.-A.), bourse entière ; Lamouroux (T.-A.-H.-J.-G.), bourse entière ; Guillard (C.-A.-L.-T.), bourse entière ; Bonh (G.), demi-bourse ; Caillié (H.-J.), bourse entière. Licence ès sciences naturelles : MM. Gain (E.-E.), bourse entière ; Labois (C.-K.), demi-bourse ; Lorge (E.-M.-E.), bourse entière. — *Ecole d'Alger :* Licence ès sciences physiques. M. Mirabeau (J.), bourse entière. — *Faculté de Besançon.* Licence ès sciences physiques : MM. Coudry (E.), bourse entière ; Tribillon (N.), demi-bourse. — *Faculté de Bordeaux.* Licence ès sciences physiques : M. Fournier (J.-A.), trois quarts de bourse. Licence ès sciences naturelles : M. Caris (P.), bourse entière. — *Faculté de Caen.* Licence ès sciences physiques : M. Silvestre de Sacy (M.-A.-L.), demi-bourse. Licence ès sciences naturelles : M. Lance (D.-P.-R.), bourse entière.—*Faculté de Clermont.* Licence ès sciences physiques : M. Breuil (Pierre), bourse entière. Licence ès sciences naturelles : M. Pourtin (J.), bourse entière. — *Faculté de Dijon.* Licence ès sciences physiques : MM. Voisenet (E.-J.-A.), bourse entière ; Gaillard (J.-B.-L.), bourse entière. — *Faculté de Grenoble.* Licence ès sciences naturelles : M. Paquier (V.-L.), bourse entière. — *Faculté de Lille.* Licence ès sciences physiques : MM. Jouniaux (Alc.-D.-B.), bourse entière ; Sanguinetti (J.-M.), bourse entière. Licence ès sciences naturelles : M. Decrock (E.-R.-C.), bourse entière. — *Faculté de Lyon.* Licence ès sciences physiques : M. Gailliard (P.), bourse entière. — *Faculté de Marseille.* Licence ès sciences physiques : M. Lambert (A.-A.), bourse entière. — *Faculté de Montpellier.* Licence ès sciences physiques : M. Servant (S.-S.), bourse entière. Licence ès sciences naturelles : MM. Mathieu (H.-L.), bourse entière ; Vidal (J.-L.-E.-L.), demi-bourse. — *Faculté de Nancy.* Licence ès sciences physiques : MM. Colnel (P.), bourse entière ; Florentin (R.-D.-M.-L.), bourse entière. Licence ès sciences naturelles : M. Allard (P.-V.), bourse entière. — *Faculté de Poitiers.* Licence ès sciences naturelles : M. Billard (Arm.-E.), bourse entière. — *Faculté de Rennes :* Licence ès sciences mathématiques. M. Morvan (L.-Ant.-A.), bourse entière. Licence ès sciences physiques : MM. Allanic (J.-F.), bourse entière ; Le Toquin (J.), bourse entière. Licence ès sciences naturelles : M. Joxe (A.-C.-L.-D.), bourse entière. — *Faculté de Toulouse.* Licence ès sciences physiques : MM. Laniès (B.-J.-B.), bourse entière ; Rognon (J.), demi-bourse ; Bounhiol (J.), bourse entière. Licence ès sciences naturelles : M. Combes (F.-F.), bourse entière.

Faculté des sciences de Paris. — *Licences* (section juillet-août 1890). — Voici la statistique exacte des examens de licence ès sciences subis devant la Faculté des sciences de Paris, pendant la session de juillet-août 1890. 170 candidats se sont présentés, 72 ont été reçus ; cela fait 42,0/0 environ. Ces 72 diplômes ont été accordés de la façon suivante : 36 licences ès sciences mathématiques ; 28 licences ès sciences physiques ; 8 licences ès sciences naturelles. Le petit nombre de candidats reçus à la licence ès sciences naturelles est à remarquer. — *Baccalauréat ès sciences restreint.* Il est intéressant de citer aussi dans ce journal le nombre de jeunes gens qui ont été reçus bacheliers ès sciences restreint cette année (session juillet et août), car ces jeunes gens seront, l'année prochaine, tous ou presque tous, étudiants en médecine. Sur 297 candidats pour ce baccalauréat, 126 ont été reçus définitivement, soit 42,0/0. Ce contingent est faible, mais il sera augmenté certainement par un certain nombre de jeunes gens reçus bacheliers ès sciences complets.

Concours pour la bourse de voyage des asiles d'aliénés de la Seine. — Le jury est ainsi composé : MM. Magnan, Dubuisson, Deny, Briand, Février, Gilbert, Whalter.

Expériences sur les décapités. —Nous apprenons que M. le Dr Gley, professeur agrégé de physiologie à la Faculté, a pu obtenir l'autorisation de faire, à Epinal, quelques expériences sur un décapité, assisté d'un de ses collaborateurs, M. Couturier. Nous sommes heureux de constater que le Parquet d'Epinal comprend mieux les intérêts de la science française que celui de Paris. On se rappelle que ce dernier a refusé récemment à l'Ecole pratique, qui pourtant manque de cadavres, le corps des derniers suppliciés.

L'association des médecins de l'Ain. — On se souvient que le tribunal de Belley, conformément à la requête des Drs Bozonnet et Mocquin, avait prononcé leur réintégration dans la Société qui les avait expulsés, aux griefs et dépens de ladite. L'association des médecins de l'Ain vient de subir un nouvel échec devant le tribunal de Bourg qui vient de statuer sur l'instance intentée par M. le Dr Parant contre l'association médicale de l'Ain qui avait prononcé son exclusion. Le jugement, tout en évitant de se prononcer sur le motif qui a fait exclure M. Parant, déclare que l'Association a violé ses statuts par cette exclusion et la condamne à réintégrer le demandeur dans les huit jours qui suivront la notification du jugement.

© ANM

LA LÈPRE EN NOUVELLE-CALÉDONIE. — Le paquebot *Yarra*, qui arrive de Nouvelle-Calédonie, apporte à Marseille la nouvelle que la *lèpre* règne toujours dans cette colonie et y cause de grands ravages sur la population indigène. Malgré cela, la santé des troupes reste excellente.

FEMMES MÉDECINS. — On va créer à New-York un second hôpital de femmes exclusivement administré par des femmes comme administrateurs et comme médecins. Ce sera le huitième établissement de ce genre qui fonctionnera aux Etats-Unis, où des établissements médicaux confiés aux femmes existent déjà à New-York, à Philadelphie, à Boston, à Chicago, à San Francisco et à Minneapolis. — Le Conseil municipal de Saint-Pétersbourg vient de décider d'encourager par les moyens suivants les cours de médecine pour femmes : 1° Les dits cours recevront de l'administration municipale une subvention annuelle de 15,000 roubles ; 2° La même administration mettra à la disposition des cours une maison près de l'hôpital Oboukhow ; 3° Les femmes qui suivront les cours de médecine seront admises à se livrer, sous la direction de médecins compétents, à des études pratiques dans tous les hôpitaux de la ville, à condition qu'elles prêtent leur concours aux médecins des hôpitaux dans le traitement des malades. — Une princesse japonaise est en ce moment à Berlin, étudiant les hôpitaux et les institutions de bienfaisance, à l'effet de fonder des établissements semblables dans sa patrie (*Gaz. de Montréal*).

PROPHYLAXIE DU CHOLÉRA. — D'après un communiqué du directeur de la Santé, tous les paquebots venant d'Aden et arrivant à Marseille, *sans cas suspects*, sont dispensés de quarantaine.

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE. — A l'unanimité, le Conseil général de la Haute-Garonne a émis un vœu pour la création d'une Université régionale à Toulouse et a voté un crédit de 10,000 francs, dont 3,000 pour des cours à la Faculté de médecine et 7,000 pour les cliniques.

UNIVERSITÉ DE DIJON. — Au Conseil général de la Côte-d'Or, à l'instigation de M. Spuller, qui a fait un rapport à ce propos, on a décidé à l'unanimité de transmettre au ministre de l'instruction publique un vœu tendant à la création d'une Université à Dijon.

UNIVERSITÉ DE POITIERS. — Le Conseil général a émis le vœu, sur le rapport de M. Hérault, que l'existence d'une Faculté de médecine ne soit pas considérée comme une condition nécessaire à la création d'une Université à Poitiers.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr CAISSO, ancien chef de clinique à la Faculté de Montpellier, décédé subitement la semaine dernière. — M. le Dr Emile GARIMOND, professeur agrégé de l'ancienne section de chirurgie et d'accouchements à la Faculté de Montpellier, vient d'être emporté par une prompte maladie à l'âge de 67 ans. — M. le Dr BURGUET (Ch.), de Sollebœuf (Gironde), médecin honoraire des hôpitaux de Bordeaux, décédé le 9 août 1890, à l'âge de 60 ans. — M. le Dr CHANCEL, recteur de l'Académie de Montpellier. — M. le Dr SELENSKI, privat-docent à l'Académie de médecine militaire de St-Pétersbourg. — M. le Dr BAUME, de Quin[illegible]r. — M. le Dr COULIER (Loiret). — M. le Dr LARGUIER, d'Alais. — M. le Dr MILLET, de Beaucaire. — M. le Dr J.-E. CRANINX, professeur émérite de l'Université de Louvain, ancien président de l'Académie royale de médecine de Belgique, membre de la Commission médicale de Brabant. — M. le Dr BROWNE, chirurgien de l'hôpital des Enfants de Belfast. — M. le Dr Edouard FAISSOLLE, ancien chirurgien de la marine, décédé à Bormes, à l'âge de 93 ans. M. de Leoube a prononcé un discours à ces obsèques. — M. le Pr CORNELLY, professeur de chimie à l'Université d'Aberdeen, mort en quelques jours, dit-on, d'une attaque d'influenza. — Cette semaine est mort le Dr Pedro A. AUBER, médecin de la « *Bienfaisance Générale* », de Madrid, qui fut un des collaborateurs les plus assidus de *El Siglo medico*.

Phthisie, Bronchites chroniques. — EMULSION MARCHAIS.

Phthisie. VIN DE BAYARD à la peptone phosphatée, le plus puissant reconstituant de la thérapeutique. Une à deux cuillerées par repas.

PEPTONATE DE FER ROBIN. — 10 à 20 gouttes par repas. (Chloro-Anémie).

Précieuse. Source de VALS, très efficace contre les affections du Foie et de la Vessie. (Calculs, Gravelle, Diabète, Goutte, etc.) *Prescrite par les Médecins des Hôpitaux de Paris.*

Albuminate de fer soluble (LIQUEUR DE LAPRADE) le plus assimilable des ferrugineux (Pr Gubler). Une cuillerée à chaque repas. Chlorose et troubles de la menstruation, c'est le fer gynécologique par excellence.

Dyspepsie. — VIN DE CHASSAING. — *Pepsine.* — *Diastase.*

ANÉMIE LA BOURBOULE Enfants débiles, voies respiratoires MALADIES DE LA PEAU, RHUMATISMES DIABÈTE

AUX BUREAUX DU *PROGRÈS MÉDICAL*
14, Rue des Carmes, 14

L'ANNÉE MÉDICALE
(DOUZIÈME ANNÉE 1889)

Résumé des progrès réalisés dans les sciences médicales, publié sous la direction du Dr BOURNEVILLE, médecin de l'hospice de Bicêtre, rédacteur en chef du *Progrès médical*, avec la collaboration de MM. Aigre, Baratoux, M. Baudouin, R. Blanchard, F. Bottey, E. Brissaud, P. Budin, Capitan, Comby, L. Cruet, Delfau, Guinon, Isch-Wall, A. Josias, P. Keraval, Kœnig, P. Loye, A. Malherbe, P. Marie, Maunoury, Maygrier, Œttinger, R. Picqué, Plicque, P. Poirier, F. Poncet, G. Raymond, A. Sevestre, P. Sollier, Tavernier, R. Vigouroux.

Un beau volume in-18 charpentier de 460 pages. — Prix : 4 fr. ; pour nos abonnés, prix : 3 fr. ; (dans nos bureaux), par la poste, 3 fr. 50.

ŒUVRES COMPLÈTES DE J.-M. CHARCOT
Tome VII

MALADIES DES VIEILLARDS
Goutte et Rhumatisme

Un beau volume in-8° de 615 pages, avec 19 figures dans le texte et 4 planches en chromo-lithographie. — Prix : 12 fr. — Pour nos abonnés . . . . . 9 fr.

Recherches Cliniques et Thérapeutiques
SUR
L'ÉPILEPSIE, L'HYSTÉRIE & L'IDIOTIE
Compte rendu du Service des Enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1889
par **BOURNEVILLE, SOLLIER** et **PILLIET**
Un volume in-8° de LVI-188 pages. — Prix : **5** francs.

AUX BUREAUX DU *PROGRÈS MÉDICAL*
Ouvrages provenant de la vente des Bibliothèques de MM. Béclard, Bricon, etc.

ROBERTET (Fl.). — Essai sur l'encéphalite. Brochure in-8 de 51 pages. — Prix : 1 fr. — Paris, 1865. — Librairie Adrien Delahaye.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

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

GARNIER (P.). — La folie à Paris. Étude statistique, clinique et médico-légale. Volume in-12 de 424 pages. — Prix . 3 fr. 50.

Librairie G. CARRÉ,
58, rue Saint-André-des-Arts, 58.

HARLEY (G.) et RODET (P.). — Traité des maladies du foie. Traduit de l'anglais et augmenté d'un mémoire sur l'intervention chirurgicale dans les maladies des voies biliaires. Précédé d'une préface par le Dr Tapret. Volume in-8° de 473 pages, avec figures. — Prix. . . . . 16 fr.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

© ANM

18e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XII. N° 37. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 13 SEPTEMBRE 1890.

Le Progrès Médical

CLINIQUE NERVEUSE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. **J.-M. CHARCOT.**

Des tremblements hystériques ;

Leçon recueillie par **Georges GUINON**, chef de clinique (1).

Les faits jusqu'ici exposés plaident déjà bien éloquemment pour la nature hystérique de l'affection, chez notre homme. A la vérité, il n'est pas rare de voir l'hystérie entrer en combinaison avec la sclérose en plaques et se traduire chez le sujet ainsi affecté par la présence des stigmates. On pourrait, d'après cela, supposer que chez B... il y a coexistence de la sclérose en plaques et de l'hystérie, celle-ci étant représentée dans l'association par les stigmates et les attaques, tandis qu'à celle-là appartiendrait le tremblement intentionnel. Mais voici des arguments qui réduisent à néant cette hypothèse. Nous avons déjà dit que chez notre sujet le tremblement, considéré abstractivement, n'est pas, malgré tant de ressemblances, exactement conforme à celui qui appartient au type classique de la sclérose multiloculaire.

Mais voici des arguments plus décisifs. Nous avons vu comment chez B. le tremblement s'est développé au sortir d'une attaque qui depuis s'est souvent reproduite et qui présente tous les caractères de l'attaque de grande hystérie. Ajoutons que si pour un temps — nous l'avons plusieurs fois constaté et je vous le fais reconnaître une fois de plus — le tremblement vient pour une cause quelconque à s'atténuer, vous pourrez à volonté le faire reparaître avec son intensité première, par une pression exercée sur les points hystérogènes, en même temps que s'esquissent les prodrômes de l'attaque convulsive.

Après tout cela, il paraît inutile d'insister davantage : le fantôme de la sclérose en plaques s'est évanoui. Nous sommes en présence de l'hystérie, de l'hystérie seule et sans mélange ; tout lui appartient chez notre malade, aussi bien le tremblement que les stigmates et les attaques. Toute idée d'une lésion matérielle appréciable des centres nerveux doit donc être écartée ; c'est de lésions fonctionnelles, dynamiques, comme on dit encore, qu'il s'agit ici. Allez-vous en conclure, Messieurs, que le cas n'est point grave et que nous en verrons bientôt la fin ? Ce serait une erreur singulière que nous commettrions là. Aujourd'hui, la ténacité des accidents de l'hystérie mâle, surtout chez les sujets de la classe ouvrière, est avec raison devenue proverbiale. Chez notre homme, entre autres, il y a deux ans que le tremblement s'est installé et il a, depuis lors, quoi qu'on ait tenté, persisté tel quel sans aucun amendement, sans aucune rémission : hydrothérapie, électrisation statique, application des agents aesthésiogènes, tentatives d'ailleurs restées vaines d'hypnotisation, etc., etc., rien n'y a fait.

Il ne faut pas se décourager cependant, et nous gardons encore l'espoir de trouver à la fin quelque moyen de soulager notre malade et peut-être même de le guérir, car, en somme, après tout, cette issue si désirable n'est pas en dehors des choses possibles.

* * *

Ce premier cas, Messieurs, est un bel exemple du type intentionnel du tremblement hystérique, tel qu'il a été décrit pour la première fois par M. Rendu. Le second cas, qui va maintenant nous occuper, est relatif au type vibratoire.

Il s'agit d'un nommé Hacq..., agé 34 ans, chauffeur de locomotives depuis dix ans ; auparavant, de 16 à 18 ans, il avait exercé le métier de typographe.

Dans ses antécédents personnels, il y a à relever seulement le fait suivant : il a une fille qui est atteinte de tics convulsifs. Lui-même n'a jamais été malade ; il ne présente pas de signes d'alcoolisme et n'a jamais eu la syphilis.

Examinons le tremblement qui l'agite en permanence : il est absolument continu, moins accentué, il est vrai, aujourd'hui qu'il y a quelque temps, mais cependant encore bien manifeste. C'est un tremblement vibratoire. Les oscillations, que M. Dutil a enregistrées, sont au nombre de huit, neuf et quelquefois dix par secondes. Il occupe les quatre membres et rappelle absolument celui de la maladie de Basedow. Mais il suffit tout de suite de constater que cet homme ne présente ni tachycardie, ni goitre, ni exophthalmie, ni diminution de la résistance électrique, pour reconnaître qu'il ne s'agit pas ici de cette affection.

Fig. 32.—Tremblement hystérique vibratoire chez le nommé Hacq..... (huit à dix oscillations par seconde).

Le mode de début de ce tremblement va d'autre part nous fournir des données importantes pour en déterminer la nature. Remarquez, tout d'abord, que notre homme est chauffeur de locomotives. C'est un métier fort dur, qu'il exerce, on l'a dit, depuis dix ans. Chaque jour, pendant seize ou dix-huit heures consécutives, il travaille à entretenir le feu du fourneau, debout sur la plate-forme de la locomotive en marche, subissant une trépidation continuelle et les secousses violentes que déterminent les arrêts brusques produits par les freins à vapeur. Il y a là, tout d'abord, incontestablement, une cause de surmenage physique dont l'importance ne vous échappera pas.

De plus, il y a quinze mois, le 17 août 1888, pendant une manœuvre, la locomotive qu'il conduisait heurta et brisa le fourgon d'un train de marchandises. Dans ce fourgon se trouvait un homme qui fut durement secoué, relevé sans connaissance et transporté à l'hôpital. J'ai eu l'occasion de vous présenter ce malade

(1) Leçon du 13 novembre 1889.

© ANM

autrefois (1); il était devenu, à la suite de cet accident, un neurasthénique des mieux caractérisés. Notre homme au contraire ne parut se ressentir, d'abord, en rien de la collision qu'il avait subie et, pendant près de trois mois, sa santé resta parfaite. Mais, au commencement du mois de novembre 1888, il commença à se plaindre d'une grande fatigue dans son travail. Ses nuits étaient agitées, son sommeil entrecoupé de cauchemars et de soubresauts violents de tout son corps. Enfin, une céphalée constrictive apparut qui ne le quittait guère et ne contribuait pas peu à lui rendre son travail difficile. Ce sont là des symptômes qu'il faut rapporter à un état neurasthénique caractérisé.

Ces phénomènes persistèrent seuls pendant quelques mois, jusqu'en février 1889. Le malade était très inquiet, attribuant son mal à la trépidation de la machine et songeait, avec tourment, combien il avait vu de ses camarades « pris par les jambes », dans ce dur métier de chauffeur. Enfin, le 26 février 1889, rentrant chez lui, après avoir terminé son travail, il fut pris d'une violente crise de nerfs qui dura toute une après-midi. L'attaque finie, il s'endormit vers le soir et le lendemain, en s'éveillant, il tremblait de tous ses membres à un tel point qu'il lui était devenu impossible de se mettre debout sur ses pieds.

Depuis cette époque, le tremblement a persisté presque sans aucune modification ; d'autres attaques sont survenues, que nous avons pu observer et qui sont manifestement hystériques. Toutes sont précédées d'une aura consistant en sensation de strangulation, angoisse respiratoire, battements dans les tempes, sifflements dans les oreilles.

En voilà assez pour nous permettre d'affirmer la nature hystérique de ce tremblement. Ayant débuté après une première attaque hystérique, il ne peut être attribué ni à la maladie de Basedow, ni à la paralysie générale progressive, ni à l'alcoolisme, dont les signes sont complètement absents chez ce malade. Mais ce n'est pas tout et vous allez voir que nous trouvons encore chez lui les stigmates caractéristiques de la névrose. En effet, il présente un rétrécissement concentrique du champ visuel de l'œil gauche, léger à la vérité, mais cependant bien manifeste. De plus, il a de la dyschromatopsie pour le violet (phénomène assez peu fréquent chez l'hystérique mâle) et enfin de la polyopie monoculaire. En outre, l'odorat est aboli à droite et le goût très émoussé du même côté.

Ajoutons qu'il est atteint de troubles très nets de la sensibilité générale. On constate en effet chez lui : 1° une diminution très évidente de la sensibilité générale pour tous ses modes (contact, douleur, température) dans toute la moitié droite du corps, soit une hémianesthésie droite incomplète ; 2° une plaque d'analgésie absolue correspondant à peu près à l'étendue qui sépare l'épine dorsale de l'omoplate du côté droit ; 3° deux zones hystérogènes siégeant, l'une près du bord spinal de l'omoplate du côté gauche, l'autre dans l'hypocondre droit. La pression en ces points exagère le tremblement ; elle donne lieu à la production de l'aura et peut amener très facilement l'attaque.

Voilà donc bien établie la nature hystérique de la maladie de cet homme et de son tremblement. Cependant, voilà déjà de nombreux mois que cela dure et à en juger par l'état actuel d'émotivité, de dépression dans lequel il se trouve, il est peu probable qu'il soit encore près de la guérison. Celle-ci est possible cependant, j'en suis persuadé, mais combien de temps se fera-t-elle attendre ? C'est ce que je ne saurais préciser.

(1) Charcot. — *Leçons du mardi*, tome II, 4 décembre 1888.

Quelque temps après la leçon qui précède, M. le professeur Charcot montrait, dans une de ses conférences cliniques (1), un nouveau malade atteint de la forme intentionnelle du tremblement hystérique. Je donne ici l'observation de ce malade, d'après les documents qui m'ont été obligeamment fournis par M. Dutil.

Le nommé Mas...., âgé de 39 ans, cultivateur, est entré dans le service de clinique des maladies nerveuses le 16 janvier 1890.

On ne connaît rien touchant ses antécédents héréditaires, car il est enfant assisté et n'a jamais connu ses parents. Il resta à l'hospice des Enfants-Assistés jusqu'à l'âge de 11 ans. A cette époque, on l'envoya dans une ferme aux environs d'Auxerre et il y resta à cultiver la terre jusqu'à 19 ans. Il s'engagea alors comme soldat pour la durée de la guerre de 1870, prit dès le début une pleurésie grave qui l'empêcha d'y prendre part, puis, à la fin de la campagne, reprit du service et resta soldat jusqu'en 1882, de 19 à 32 ans. Il servit moitié en France, moitié en Algérie.

Libéré du service militaire, il travailla comme « plongeur » (laveur de vaisselle) dans les restaurants à Paris, pendant quatre mois. Il fut alors atteint d'un eczéma dans la paume des mains et aux pieds. Le médecin qu'il consulta lui ayant conseillé de changer de métier, il quitta Paris et alla travailler la terre aux environs d'Auxerre. C'est là qu'il fut pris, il y a deux ans, des troubles pour lesquels il s'est présenté à la consultation du Bureau central, d'où M. P. Marie a eu l'amabilité de nous l'envoyer.

Dans la période antérieure de sa vie, il n'avait eu aucun trouble nerveux. Il n'est ni syphilitique, ni alcoolique.

C'est à 17 ans, alors qu'il travaillait à la campagne, qu'il eut sa première attaque de nerfs. Elle se produisit sans aucune cause provocatrice. Dans la suite, il en eut en moyenne une chaque mois, jusqu'à son arrivée au service militaire, pendant lequel il n'en eut qu'une seule. Plus tard, jusqu'à l'apparition de la maladie actuelle, il n'en eut point du tout. Ses attaques se ressemblent toutes, elles sont souvent provoquées par une contrariété. Voici comment il les décrit : « Ça le prend dans le ventre, puis ça monte en suivant le creux de l'estomac jusqu'à la gorge ; la gorge est serrée, le cœur bat très fort ; c'est comme s'il était étouffé. Il a des bruits dans les oreilles, ça lui cogne dans les tempes, puis il voit trouble et perd connaissance. Il se débat très fort, il crie. L'attaque dure une demi-heure environ, puis tout est fini. Dans les intervalles, autrefois, il était bien portant. »

Dès qu'il commença à être sujet à ces crises, son caractère, qui auparavant était calme, placide, se modifia. Il devint colère et violent, s'emportant pour des riens. C'est ainsi qu'étant soldat, il adressa un jour des injures et des menaces à un supérieur et fut condamné pour ce fait à cinq ans de prison.

Je raconte un fait auquel on pourrait attribuer un certain rôle dans le développement de ses premiers accidents nerveux, si l'on était mieux fixé sur sa date. Il aurait éprouvé une vive frayeur causée par des mauvais plaisants qui, une nuit, s'emparèrent de lui et l'enveloppèrent dans un drap. Cette histoire est antérieure à son départ pour le régiment. Il en fut malade, dit-il, pendant un mois, éprouvant une sorte de courbature générale et des terreurs nocturnes, qu'il ne pouvait vaincre qu'en laissant de la lumière toute la nuit dans sa chambre. Mais ces troubles cessèrent, et plus tard, quand il s'engagea, il n'en était plus question.

Histoire de la maladie. — Il y a deux ans (février 1888), sans motif, sans avoir eu d'attaque de nerfs, il se mit à bégayer. Son maître, les enfants de la maison se moquaient de lui, ce qui l'irritait beaucoup, et « il s'en allait pour ne pas les frapper ». Puis survint une sorte d'affaiblissement général ; il ne pouvait pas travailler et avait envie de dormir toute la journée ; il avait perdu l'appétit, quoique ne souffrant d'aucun trouble de la digestion. La nuit il avait des étouffements, souffrait d'une douleur dans le flanc gauche (siège actuel d'une zone

(1) Février 1890.

© ANM

hystérogène) et d'une vive céphalalgie frontale. Pas de symptômes neurasthéniques bien nets.

Il était dans cet état depuis une quinzaine de jours, lorsque le tremblement apparut graduellement, dans les deux jambes d'abord, puis dans les membres supérieurs. Il entra alors à l'hôpital d'Auxerre où il séjourna un an. Pendant toute cette année on lui fit tous les deux jours des frictions mercurielles, avec une interruption de huit jours chaque semaine, et on lui donna de l'iodure de potassium continuellement. Il finit par avoir une stomatite intense et perdit plusieurs dents. Le tremblement persistait et même s'aggravait.

Le 20 mars 1889 il entra à l'hôpital Necker, service de M. Rendu, envoyé par l'Assistance publique. On lui administra des douches froides. Pendant son séjour, qui dura un mois, il eut deux attaques de nerf pendant la nuit. Il fit ensuite plusieurs séjours dans divers hôpitaux, Laennec, Lariboisière, Vincennes, continuant toujours à trembler. Les bulletins de sortie des divers services où il est entré portent les diagnostics de sclérose en plaques, alcoolisme, myélite chronique. Le bulletin de Necker (service de M. Rendu) fait défaut (1).

Etat actuel. — Anesthésie pour le tact, la douleur et la température dans la moitié gauche de la face, du front et de la partie antéro-latérale du cuir chevelu. Le pavillon de l'oreille a conservé sa sensibilité au toucher et à la température, mais est analgésique. Le conduit auditif est totalement anesthésique.

La conjonctive gauche est anesthésique ; la cornée est sensible.

La membrane pituitaire du côté gauche est complètement insensible.

Partout ailleurs la sensibilité est absolument normale.

L'odorat est aboli à gauche, ainsi que le goût. L'ouïe est peut-être un peu diminuée à droite. Du côté de la vision, on constate un double rétrécissement du champ visuel, de 50° à droite, de 45° à gauche, avec de la micromégalopsie pour l'œil gauche, sans dyschromatopsie.

Pas de paralysie ni de contracture, mais faiblesse générale. Le malade ne peut marcher beaucoup et est tout de suite fatigué.

Dynamomètre : main gauche : 24 kil.
— droite : 34 kil.

Le trouble de la motilité qui domine chez lui est le tremblement.

Tremblement. — Il est généralisé, prédominant aux membres inférieurs et en particulier au membre inférieur droit.

Il n'existe pas quand le malade est tranquillement couché. Mais, dès que le malade lève une jambe ou veut saisir un objet, le tremblement apparaît aussitôt dans le membre qui entre en action. Il est donc intentionnel.

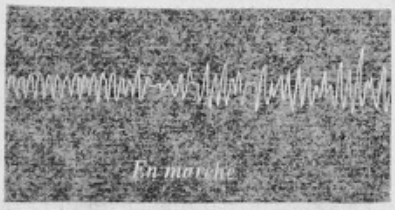


Fig. 33. — Tracé du tremblement de la tête chez le nommé M... dans la moitié gauche de la figure. Le malade est debout sur place ; dans la moitié droite, c'est en marche.

Quand le malade est assis, les mains et la tête tremblent peu et même quelquefois pas du tout, dans les moments d'accalmie. Mais les membres inférieurs sont animés d'oscillations tout à fait analogues à celles que l'on observe souvent chez les paraplégiques spasmodiques par le fait de la trépidation spinale.

Lorsqu'il est assis, si on lui dit de prendre un verre plein d'eau, on voit le tremblement s'exagérer énormément dans le membre qui tient le verre et il ne peut le faire parvenir à ses lèvres sans en avoir projeté de tous côtés la plus grande partie, absolument comme cela a lieu dans la sclérose en plaques.

Quand le sujet est debout, les oscillations des membres inférieurs prennent une intensité tout à fait remarquable. Tout le corps est alors violemment agité et la tête est animée de secousses dans le sens antéro-postérieur (le malade « dit oui »).

Le rythme de ce tremblement est parfaitement régulier. Le nombre des oscillations est plus grand que dans la sclérose en plaques.

Il s'accroit notablement sous l'influence des émotions, par la pression sur une zone hystérogène rachidienne, après les attaques de nerfs.

Le malade a à peu près une attaque tous les mois. Elles sont précédées d'une aura classique, dont nous avons déjà donné la description plus haut, d'après le malade lui-même. Elles consistent en convulsions désordonnées, grands mouvements, cris, etc., et s'accompagnent de perte de la connaissance. Ce sont des attaques d'hystérie tout à fait typiques.

Il a, en outre, de petites attaques dans lesquelles l'aura aboutit seulement à une crise de larmes, sans convulsions ni perte de connaissance.

Pas de morsure de la langue, pas de miction involontaire pendant l'attaque.

Ainsi que le faisait remarquer M. Charcot, dans la leçon où il a présenté cet homme, il s'agit là d'un tremblement hystérique du type intentionnel qui peut être justement rapproché du premier malade de la leçon précédente. L'analogie avec la sclérose en plaques était telle que l'erreur de diagnostic a été faite dans l'un des hôpitaux où a séjourné le malade antérieurement à son arrivée à la Salpêtrière. L'autre diagnostic porté dans un autre hôpital, celui d'alcoolisme, se comprend moins. Le tremblement intentionnel de Mas...., avec ses larges oscillations dans les mouvements volontaires, sa cessation complète, le malade étant couché, n'a aucun rapport avec le tremblement de l'éthylisme qui est vibratoire, continu et nullement ou faiblement influencé par les mouvements intentionnels.

De pareilles erreurs ne seront plus commises aujourd'hui que nous connaissons mieux les caractères des divers tremblements hystériques, grâce aux récents travaux sur cette question. C'est un chapitre de plus à ajouter à l'histoire si intéressante déjà et si chargée de la simulation hystérique des diverses maladies du système nerveux.

(1) L'observation résumée de ce malade se trouve dans le travail sur le tremblement hystérique que M. Rendu a communiqué à la Société médicale des hôpitaux. Voir *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 12 avril 1889, p. 182. Obs. II du mémoire de M. Rendu.

HOMÉOPATHIE. — Le *Graphic* (de New-York) ayant affirmé que la moitié de la pratique médicale du globe est gouvernée par les doctrines d'Hahnmann, le *New York medical Record* rectifie les faits de la manière suivante : Il y avait, aux Etats-Unis, en 1885, 12 collèges où était enseignée l'homéopathie avec 1088 élèves ; l'enseignement de la médecine régulière était donné dans 88 collèges réunissant 9,441 étudiants. Aucun des premiers n'est doté de manière à pouvoir être comparé aux grandes Ecoles de médecine régulière de New-York, de Boston et de Philadelphie. La seule réellement florissante est Chicago. Il est absolument faux que l'homéopathie soit reconnue comme une des branches de de l'enseignement dans les grandes Ecoles de l'Europe. Cette doctrine n'a sa place dans aucune Université allemande ou française, et n'a aucune Ecole particulière dans l'Allemagne, son pays d'origine. Il y a à Londres un hôpital homéopathique de 100 lits auquel est attachée une petite école. La Grande-Bretagne et l'Irlande ne comptent, dit-on, que 275 médecins homéopathes. Sur le continent le nombre en est proportionnellement plus faible, puisque les plus récentes statistiques officielles de l'Autriche n'en comptent que 118, sur un total de 7,183 médecins, et encore n'y en a-t-il que 44 pratiquant l'homéopathie d'une manière exclusive. Vienne en possède 19. On n'en trouve aucun en Italie. Le nombre des disciples d'Hahnmann décroit d'une manière continue. (*Dublin Journal of med. sciences* et *Montréal med. Journal*).

© ANM

MÉDECINE LÉGALE

Tentative de suicide par piqûre d'épingle ;

par **Henri COLIN**, interne des Asiles de la Seine et du Dépôt.

Au moment même où nous lisions l'intéressante communication de M. Magnan, à la *Société de Médecine légale*, sur les suicides par piqûre du cœur, nous étions appelé auprès d'une prévenue pour un cas analogue.

Il s'agit d'une femme âgée de 51 ans, qui, le mercredi 23 avril, à deux reprises différentes, s'était enfoncé dans la région cardiaque une de ces longues épingles que les femmes emploient pour fixer leur chapeau.

Une première fois elle avait enfoncé cette épingle, longue de 15 centimètres, environ aux trois quarts. Voyant que la mort ne venait pas, elle l'avait retirée et avait recommencé un peu plus bas.

Elle s'était d'abord assurée, par la palpation, de la situation de la pointe du cœur ; mais, comme elle le raconte, n'ayant pas de miroir à sa disposition, elle n'avait pu déterminer exactement l'endroit où il fallait introduire l'épingle. De plus, elle était obligée, pour ne pas éveiller les soupçons, de se hâter, et en même temps d'agir par-dessus la chemise.

Quoi qu'il en soit, elle avait fort peu souffert la première fois. A la deuxième tentative, elle avait rencontré une côte, et l'épingle s'était trouvée arrêtée. Elle avait alors appuyé la tête de l'épingle contre l'angle du mur de sa cellule et avait pressé fortement. Cela lui faisait très mal ; elle pressait si vigoureusement que l'épingle formait une courbe à convexité supérieure et menaçait de se casser. Elle a fini par tourner l'obstacle et l'a alors enfoncée jusqu'au bout. La malade est ensuite restée trois quarts d'heure dans cet état, souffrant beaucoup, paraît-il, ce qui ne l'a pas empêchée de marcher, d'aller à différents endroits, et entre autres à l'instruction où elle avait été mandée. Ce n'est qu'en revenant qu'elle s'est décidée à se plaindre et à avouer ce qu'elle venait de faire.

Lorsque nous arrivons auprès de la malade, nous trouvons la chemise littéralement clouée sur le corps par la tête de l'épingle. Nous retirons cette dernière en employant une certaine force et, après avoir lavé la plaie, nous appliquons un petit pansement occlusif. La malade, conduite à l'infirmerie et mise à la diète, n'a eu ni hémorrhagies, ni crachements, ni vomissements de sang. Pas de fièvre. Le lendemain il n'y paraissait plus ; la huitième côte, qui avait été « charcutée », suivant l'expression de la malade, était seule un peu douloureuse.

Nous examinons la malade dans la position où elle se trouvait au moment de sa tentative du suicide, c'est-à-dire debout.

C'est une grande belle femme, bien conservée. Le cœur est un peu hypertrophié ; la pointe bat dans le 6e espace intercostal. A l'auscultation, pas de souffle, pas de bruits anormaux ; l'impulsion est un peu plus forte qu'à l'état normal, le premier bruit beaucoup mieux frappé que le second. Dans le 7e espace intercostal, il y a deux petites plaies, distantes l'une de l'autre de 1 centimètre environ. La première piqûre est à 11 cent. 1/2 de la ligne médiane, à 5 cent. 1/2 du rebord des cartilages costaux. La deuxième piqûre se trouve à 11 cent. de la ligne médiane et à 5 cent. du rebord cartilagineux.

L'épingle a dû glisser sur le bord supérieur de la 8e côte, qui l'a fait dévier en bas. Rien à l'auscultation du poumon. Rien du côté des autres organes. Pas de stigmates hystériques.

Quels sont les organes qui, dans ce cas, ont pu être lésés ? Le cœur ne l'a certainement pas été ; et, pour nous, nous croyons que l'épingle aura dû pénétrer dans l'estomac, qui était alors à l'état de vacuité, la malade n'ayant rien voulu manger depuis son arrivée au Dépôt.

Quelques mots encore sur l'état mental de cette femme. C'est la femme d'un notaire de province, ayant une excellente éducation et une certaine fortune. Elle a été arrêtée pour vol dans les grands magasins ; c'est à la suite de ce scandale qu'elle a essayé de se suicider.

Pas de renseignements sur l'hérédité. Elle est très nerveuse, dit-elle. Depuis l'âge de 26 ans elle a souvent des étouffements ; cela la serre à la gorge. Pas d'attaques véritables. Réglée a 17 ans. Mariée à 24 ans. Une fille morte de la poitrine à 21 ans Pas d'autres enfants. Ménopause il y a deux ans. Pas d'accidents à ce moment.

Cette femme a toujours été très heureuse. Elle vit à la campagne avec son mari, et de ses rentes. Chez elle, elle fait tout venir des grands magasins du Louvre. Une fois par an elle vient, avec son mari, se distraire à Paris ; elle en profite pour faire beaucoup d'emplettes.

Cette fois elle était venue seule, et était à Paris depuis huit jours lorsqu'elle a été arrêtée. Elle logeait dans un hôtel voisin du Magasin et venait au Louvre deux fois par jour. Au moment de son arrestation elle avait à la main un grand sac en papier dans lequel elle avait entassé une foule d'objets, la plupart sans valeur, des broches de quarante sous (elle a sur elle de magnifiques bijoux qui lui appartiennent), des appliques, des chapeaux de paille, etc., etc.

Nous lui demandons si, lors de ses voyages antérieurs, il ne lui est pas arrivé de voler. Elle nie tout d'abord, puis finit par avouer le fait. L'année dernière elle a pris plusieurs objets, mais comme c'était pendant l'Exposition, elle n'avait, dit-elle, pas beaucoup de temps à elle.

Jamais elle ne vole dans les magasins de province, dit-elle. Elle est trop connue par suite de la situation de son mari. Ici, au contraire, c'est extrêmement facile.

Quant au mobile qui la pousse, elle ne peut l'expliquer. C'est, dit-elle, une « obsession », il faut qu'elle vole. Ainsi, lorsqu'elle a été arrêtée, elle se sentait surveillée et suivie, mais elle n'a pu s'empêcher de le faire. C'est une espèce de folie, dit-elle encore.

C'est d'ailleurs une femme très bien élevée, raisonnant fort bien. Mais elle se rend très imparfaitement compte de ce qu'elle a fait, et il y a une diminution du sens moral très accentuée.

Ainsi, elle trouve très déplacée la conduite de l'inspecteur qui l'a arrêtée. Il a été brutal et grossier, paraît-il. On l'a fait coucher au poste sur un banc de bois ; c'est honteux. Ici elle récrimine constamment, elle ne se considère nullement comme une voleuse ; elle se fâche contre son avocat qui fera traîner la chose en longueur. Elle supporte notre examen avec la plus grande impatience.

Une chose plus étrange encore, c'est qu'elle dit du mal des Magasins du Louvre, et cela d'une façon très typique.

« Je ne remettrai jamais les pieds dans cette boîte-là, dit-elle ; il n'y a pas de danger. D'abord tout le monde crie, parce que beaucoup de femmes sont dans mon cas, et que c'est la ruine du commerce de province. »

Or, il est à remarquer que c'est de là qu'elle fait venir en province tout ce dont elle a besoin. Notre chef, M. Paul Garnier, à qui nous racontions ce fait, nous disait que ce sentiment de haine, de représailles contre les grands magasins, tend à devenir de plus en plus fréquent chez ce genre de malades et augmente encore chez elles la force de leurs impulsions au vol.

En somme, que faut-il penser de ce cas ? Pour nous, il s'agit ici d'une débile, d'une déséquilibrée, comme il y en tant. C'est un type bien connu maintenant et qui tend malheureusement à s'accroître d'une façon effrayante.

NOUVEAU JOURNAL. — Pour remplir plus complètement son programme qui est de faciliter les relations entre les éleveurs, le Jardin zoologique d'Acclimatation s'est décidé à publier un journal hebdomadaire, illustré, de faits divers et d'annonces. Ce journal, dont le prix d'abonnement annuel est fixé à 5 fr. pour la France, et à 7 fr. 50 pour l'Etranger, contiendra des rubriques distinctes, des renseignements variés sur tout ce qui touche à l'élevage des animaux et des plantes (chenil, faisanderie, poulailler, agriculture, etc.), au sport, et, d'une façon générale, sur ce qui se rapporte à la vie en plein air. Les abonnements partent du 1er de chaque mois et les abonnés ont droit à 24 insertions gratuites, de 40 mots chacune. Les mots supplémentaires sont dus à raison de 5 centimes le mot, compté télégraphiquement. Des carnets spéciaux d'annonces sont adressés gratuitement à tous les abonnés. L'Administration et la Rédaction sont au Jardin Zoologique d'Acclimation, au Bois de Boulogne.

© ANM

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La tachycardie essentielle paroxystique.

M. Bouveret, de Lyon, a décrit pour la première fois (*Revue de médecine*, 1889, p. 753) une affection qu'il désigne sous le nom de tachycardie essentielle paroxystique, lequel, quoique un peu barbare, en indique bien les caractères cliniques principaux. Il a basé sa description sur l'étude de deux cas personnels et de neuf autres cas qu'il a pu retrouver sous diverses rubriques dans les auteurs étrangers. Un cas, que j'ai été à même d'observer attentivement dans le service de M. le Dr Cuffer, trois mois avant la publication du mémoire de M. Bouveret, est tellement identique à ceux de cet auteur, ainsi qu'on le verra plus loin par le court résumé que j'en ferai, qu'il m'a paru intéressant d'attirer de nouveau l'attention sur ce syndrôme très caractéristique et peut-être plus fréquent qu'on ne pense. Sur les 11 cas rapportés par M. Bouveret, l'autopsie a été faite une seule fois et fut du reste négative. Celle que j'ai pu faire du nouveau cas que je signale l'a été également, ce qui confirme l'épithète d'essentielle donnée à cette forme de tachycardie.

Voici, d'après M. Bouveret, en quoi consiste l'affection nouvelle en question. Le symptôme caractéristique c'est l'accélération des battements du cœur. A cet égard, il y a lieu de distinguer deux sortes d'accès, des courts et des longs. Les accès courts durent de quelques minutes à quatre ou cinq jours. Une extraordinaire accélération des battements du cœur, dont le nombre peut atteindre 190, 200, 230 par minute, tel en est le symptôme à peu près unique. Il s'y joint de la pâleur du visage, une dyspnée le plus souvent modérée (25 à 30 respirations par minute), quelques sensations subjectives généralement peu pénibles. L'accès débute brusquement et cesse de même, ne laissant qu'un peu d'abattement qui se dissipe entièrement en quelques jours.

Le grand accès de tachycardie dure cinq ou six jours au moins, quelques semaines au plus. A l'accélération du pouls, qui atteint 230, 260 et même 300 pulsations, il se joint, vers le cinquième ou sixième jour, des symptômes secondaires plus ou moins graves. La dilatation du cœur qui se produit peut prendre en quelques jours des proportions considérables. Puis surviennent des symptômes thoraciques. La dypsnée est prononcée, l'expectoration analogue à celle de la congestion pulmonaire, avec quelquefois de véritables crachements de sang. La face est cyanosée, les jugulaires sont tuméfiées, avec faux et vrai pouls veineux. Les troubles cérébraux (inquiétude, agitation, cauchemars, quelquefois véritable délire) surviennent en conséquence de l'ischémie artérielle et de la stase veineuse prolongées. Le tableau de l'asystolie aiguë se complète alors par l'apparition de la tuméfaction du foie et de la rate, de l'ascite et de l'œdème des membres inférieurs. L'anorexie est complète pendant le paroxysme ; il y a souvent des nausées et des vomissements, la sécrétion urinaire est diminuée. La température peut s'élever de 1 à 3 degrés. L'accès se termine brusquement par une chute du pouls à 60 ou 70, ou bien le malade succombe à l'asystolie aiguë.

Ce qu'il y a de caractéristique dans la marche de cette affection, c'est la forme paroxystique des accès. Le même malade peut présenter successivement les deux formes d'accès.

Le pronostic est très grave, car sur 11 malades un seul peut être regardé comme guéri, quatre autres ont succombé par syncope ou collapsus asystolique. Les sept autres n'étaient pas guéris au moment de la publication du mémoire de M. Bouveret. Mon cas, de plus, s'est terminé par la mort.

Cette affection n'a pas été observée jusqu'ici chez les enfants ; l'influence du sexe paraît indifférente. L'âge des malades a varié de 19 à 52 ans. L'hystérie et la neurasthésie ne sont pas relevées dans les antécédents. Les conditions hygiéniques et les antécédents pathologiques n'offrent rien de particulier à signaler. De toutes les causes, celle qui paraît la mieux établie et la plus efficace paraît être le surmenage physique et cérébral. Nous pensons qu'on peut y ajouter les émotions vives.

On peut observer des accès de tachycardie dans le cours d'affections organiques du cœur, principalement de lésions aortiques. Mais ces cas sont bien différents de ce qu'on observe dans la tachycardie essentielle et si, sous un certain point de vue, ils peuvent servir à faire comprendre ce dernier syndrôme, il s'en faut qu'on puisse les y comparer sous le rapport de l'évolution et de la pathogénie.

Le diagnostic de la tachycardie essentielle paroxystique tient dans sa dénomination même. L'apparition soudaine de l'accélération des battements cardiaques, le nombre vraiment excessif de ces battements, l'absence de lésion valvulaire concomitante, l'absence de nervosisme ou de goitre exophtalmique, la disparition brusque de tous les phénomènes, sans plus de raison apparente que leur apparition, sont assez caractéristiques pour qu'on ne se méprenne pas sur la nature des symptômes observés.

Quant à la pathogénie elle est assez obscure et le nombre des cas connus, la rareté surtout des autopsies, ne permettent guère que des hypothèses, si rationnelles qu'elles paraissent. La seule autopsie pratiquée dans un cas semblable n'a donné que des résultats négatifs tant pour le cœur que pour les centres nerveux et les nerfs pneumogastriques et sympathiques. Dans celle que j'ai eu l'occasion de faire, je n'ai non plus trouvé que des lésions secondaires capables d'expliquer la mort, mais qui ne sauraient donner la clef de la tachycardie développée primitivement et qu'elles ont compliquée. Malheureusement, ces faits m'étant alors complètement inconnus, mon attention fut attirée surtout du côté du cœur, et j'ai négligé de faire un examen minutieux du système nerveux, qui, du reste, dans la première autopsie, manque également de précision.

Il est donc à souhaiter que l'on porte avec soin ses recherches de ce côté dans les cas qui pourront être observés à l'avenir. Le seul point à retenir, c'est l'absence évidente de lésion cardiaque. L'opinion de M. Bouveret, c'est qu'on est en présence d'une névrose spéciale, caractérisée par la rigoureuse localisation de

© ANM

la perturbation nerveuse aux centres et aux rameaux du pneumogastrique. Cette opinion, jusqu'à plus ample informé, me paraît parfaitement acceptable, et c'est à elle que je m'étais déjà rallié en observant ma malade. La marche des accidents et son histoire clinique me faisaient surtout penser à une véritable névrose cardiaque, à des troubles purement dynamiques, d'autant plus qu'on ne pouvait, dans ce cas, songer à rattacher la tachycardie à une excitation réflexe gastro-intestinale ou respiratoire ou à des troubles du côté de l'ovaire ou de l'utérus. Le début brusque, la soudaineté de la terminaison, les causes psychiques capables de produire l'accès, l'absence de troubles permanents consécutifs aux accès, tout cela est bien de nature en effet à faire penser à des troubles essentiellement dynamiques, à une sorte d'épuisement du centre modérateur du cœur et du nerf vague. L'existence d'accès courts, de simples palpitations, à côté des accès longs, nous semble établir un lien entre la tachycardie essentielle et les simples palpitations nerveuses. Celles-ci peuvent parfaitement survenir en dehors d'un état névropathique caractérisé et on s'explique comment on peut rencontrer notre syndrôme indépendamment de tout phénomène hystérique ou neurasthénique, ainsi que cela s'observait dans le cas que je résume ici (1).

Il s'agissait d'une femme de 37 ans, dont l'état physique avait toujours été bon. Jamais aucune maladie. Pas rhumatisante, pas nerveuse. Aucun stigmate d'hystérie, pas de trace d'aucun phénomène de la maladie de Basedow. Une sœur unique est très bien portante et pas nerveuse. A 26 ans, à la suite d'une contrariété, premier accès de palpitations qui dura quatre mois, avec œdème presque généralisé. Elle s'en remit complètement, mais tous les deux ou trois mois environ elle avait, pendant deux ou trois jours, des palpitations survenant à propos de rien. A 27 ans, première grossesse pendant laquelle elle n'eut aucun accès, non plus que dans trois autres grossesses. A 35 ans, nouvel accès à la suite d'une contrariété. Il dura cinq semaines. Chaque fois qu'elle est contrariée elle est du reste prise de palpitations de courte durée ordinairement. Enfin, dix-huit mois après, nouvelle contrariété assez vive qui la force à quitter brusquement son travail, à cause des palpitations qui sont survenues aussitôt. C'est alors qu'elle entre à l'hôpital Tenon. Le pouls est à 216. Pas de souffle, pas de faux pas. Rythme régulier, comme un cœur fœtal. Impossibilité de distinguer le premier du second bruit. Léger œdème des membres. Urines normales. Dyspnée qui va en s'accentuant. La digitale produit un mauvais effet et on la remplace par du bromure de potassium sans obtenir rien de mieux. Congestion pulmonaire. Vésicatoire, saignée de 150 grammes. Vomissements. Hébétude. Mort brusque. A l'autopsie, congestion pulmonaire et foyers d'apoplexie. Ascite considérable, épanchement pleural à gauche. Foie muscade. Reins anémiés, normaux. Hémorrhagie intestinale, au niveau du jéjunum, sous-muqueuse et toute récente. Le cœur pèse 350 grammes ; il est très dilaté et de consistance molle. Les valvules sont normales. Les coronaires sont saines. Rien à l'aorte.

On le voit, ce cas répond absolument à la description de M. Bouveret, tant au point de vue de l'étiologie et des symptômes que de la pathogénie.

Un dernier mot sur le traitement. La digitale doit être absolument rejetée, d'après M. Bouveret, et j'en ai constaté également les mauvais effets. On a conseillé, pour diminuer la rapidité des pulsations cardiaques, la compression des pneumogastriques à la région cervicale. Mais les syncopes qui peuvent survenir pendant cette manœuvre semblent une raison suffisante pour la rejeter, quand on se trouve surtout en présence d'un cœur surmené, comme c'est le cas. Le bromure de potassium, l'émission sanguine n'ont paru donner aucun résultat. M. Bouveret conseille l'emploi de la morphine à la dose de 2 centigrammes par jour en injections. Il faut, en outre, maintenir le malade au repos absolu, éviter les mouvements brusques, les émotions, combattre enfin l'anémie par le fer, les toniques et une alimentation substantielle. P. SOLLIER.

(1) Communiqué à la *Société clinique* en octobre 1889.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 9 septembre 1890. — PRÉSIDENCE DE M. MOUTARD-MARTIN.

M. HACHE (de Beyrouth) fait une communication sur *trois cas de pleurésie purulente traités par l'incision postérieure de Wallher*, c'est-à-dire l'incision dans le neuvième espace finissant à trois travers de doigt de la ligne des apophyses épineuses, qui lui paraît une excellente méthode. Elle facilite, en effet, l'évacuation complète de la plèvre dans le simple décubitus dorsal et permet au malade de se coucher la tête soutenue par des oreillers. L'opération, peut-être plus douloureuse que l'incision latérale, est facilitée par l'anesthésie locale par la cocaine en injections intra-musculaires. Quant aux lavages, le premier est toujours utile pour faciliter l'évacuation du pus. Plus tard ils sont inutiles, à moins de rétention du pus ou de gangrène pulmonaire. M. Hache se sert de biiodure de mercure à 1/20,000.

M. RICHELOT lit un travail sur *le traitement du pédicule dans l'hystérectomie abdominale par la ligature élastique perdue*, par la méthode de Klebeerg. Voici comment il procède : l'utérus étant sorti de la plaie, on jette le lien élastique autour du segment inférieur, au-dessous des ovaires ; on l'étire fortement, on croise les deux chefs en avant, et on les fixe au moyen d'un clamp. L'utérus excisé, la ligature est serrée davantage, après s'être assuré que la vessie n'est pas comprise dans la ligature, les chefs sont unis par un fil de soie et le clamp est enlevé. On détruit, au thermocautère, la muqueuse qui dépasse la surface de section, on fait la toilette du péritoine et on dispose l'intestin de manière qu'une anse ne soit pas prise et comprimée derrière le moignon.

La ligature s'enkyste ou s'élimine par le museau de tanche. En rapportant, à l'appui de cette méthode, un certain nombre d'observations, l'orateur conclut que l'hystérectomie ne diffère pas sensiblement au point de vue du pronostic de l'ovariotomie.

M. A. GUÉRIN lit un rapport sur le travail récent de M. Guermonprez (de Lille) sur *la prothèse des apophyses géni*. Il pense que l'observation de cet auteur n'est pas concluante, parce que la totalité du mal n'a pas été enlevée et que le résultat en a été communiqué un mois seulement après l'opération, ce qui n'est pas suffisant pour démontrer qu'elle a prolongé les jours du malade.

M. JAVAL lit un rapport sur un travail adressé à l'Académie par M. Martin (de Bordeaux), dans lequel il a démontré que l'*astigmatisme faible*, regardé comme négligeable par les auteurs classiques, est bien plus souvent une cause d'asthénopie que l'astigmatisme fort. Il est certain que, comme le prétend M. Martin, beaucoup de migraines, de kératites, de conjonctivites, de blépharites, guérissent rapidement quand on corrige l'astigmatisme. Il existe également des relations entre l'astigmatisme et le glaucôme, ainsi que la myopie. Il faut donc le faire rechercher chez tout enfant dont la vue laisse à désirer.

M. JAVAL lit un rapport sur *le procédé opératoire du strabisme par avancement musculaire* présenté, au com-

© ANM

mencement de l'année, à l'Académie, par M. Motais, d'Angers. Ce procédé présente l'avantage d'éviter l'aggravation du strabisme qui se produit dans le procédé ordinaire. L'auteur l'ayant mis en pratique dix-huit fois, on peut le recommander en toute sécurité. P. S.

REVUE DE NEUROLOGIE

I. — **Solution du problème de la suggestion hypnotique. La Salpêtrière et l'hypnotisme ; la suggestion criminelle ; la loi doit intervenir** ; par Amédée H. Simonin. — 1 vol. in-18 de 132 pages. — Paris, 1889. — E. Dentu.

II. — **Contribution à l'étude du mutisme hystérique** ; par M. Marcel Nat er (Tirage à part de la *Revue mens. Laryng. d'otol. et de rhinol*, 1888.)

III. — **A case of chronic meningitis, probably syphilitic, and causing progressive dementia** (Tirage à part de *Brain*, 1888, part. XLI).

IV. — **Sulla malattia del Friedreich**, par Bernabès (Tirage à part de la *Réf. méd.*, mai 1888).

I. — Au premier chapitre de son livre, M. Simonin écrit : « Pendant les premiers jours de décembre 1885, j'écrivis à plusieurs de mes amis que j'allais me mettre à la recherche de la solution du problème de la suggestion... Environ trois mois après j'écrivis aux mêmes amis : j'ai trouvé. » Après ce modeste préambule, M. Simonin part en campagne contre les représentants de l'école neuropathologique de la Salpêtrière et de la jeune école philosophique dont M. Ribot tient la tête. Les travaux de Binet et Féré, à en croire M. Simonin, n'ont « aucune valeur scientifique ». M. Jules Soury est « un bon jeune homme »... dont les « phrases ronflantes sont vides de sens scientifiques et philosophiques ». M. le Pr Charcot n'est pas oublié et il a aussi son petit entrefilet dans le même goût. P. Richer « a pris 800 pages pour nous expliquer et nous faire voir » (*proh pudor !*) « les poses érotiques des hystériques de la Salpêtrière ; mais il n'a pas fait avancer d'un iota la solution du problème de la suggestion ». J'en passe et des meilleures à l'adresse de Ribot (qui a « écrit assez d'absurdités... »), Janet, Richet, etc., etc..... Ceci fait, M. Simonin passe à l'exposé de ses théories et prend soin de nous avertir que « le contenu des chapitres II à XVI est le fruit de ses travaux originaux, il est nouveau absolument » et tout de suite il nous expose ainsi sa première découverte : « La sensibilité est un des grands phénomènes de la vie humaine et animale; au fond on peut dire qu'elle est une propriété du système nerveux... » Voilà ce qu'a trouvé M. Simonin. Il est vrai qu'il a trouvé aussi que « la soi-disant loi de l'association des idées est inexacte » ; que le sensorium ou organe qui « produit ou effectue les sensations » est formé par la glande pinéale, la voûte à trois piliers, le septum lucidum et le corps calleux, toutes parties qui « ne contiennent pas de cellules nerveuses » ; que la matière grise des hémisphères ne contient pas non plus de cellules nerveuses, etc., etc. Il y a encore bien d'autres trouvailles ; celle-ci par exemple : « La pensée étant une opération intérieure de nos facultés est toujours libre : le mot de *libre pensée* est vide de sens. » Enfin veut-on avoir la clef du mystère de la suggestion? Le voici : « L'hypnotisation s'adresse au système nerveux, la suggestion s'adresse à l'âme. » C'est bien simple. Çà et là M. Simonin, sortant du domaine de la psychologie pure, fait quelques excursions dans celui de la médecine. A son avis, la description qu'a donnée M. le Pr. Charcot de l'attaque d'hystérie est absolument fausse. De plus, il nous propose une nouvelle pathogénie de l'attaque hystérique. Il y aurait lieu, selon lui, d'analyser certains excreta des hystériques et en particulier le mucus vaginal, car, ajoute-t-il « qui nous dit que chez des personnes atteintes de pareils accès, la rage ne peut pas se déclarer comme elle se déclare chez les animaux sauvages et chez les chiens pour des causes à peu près semblables ? » (Il s'agit des désirs érotiques). Je regrette que le manque de place me force à m'arrêter ici. J'ai cité quelques extraits de ce volume, mais on ne peut s'en faire une idée exacte qu'en le lisant tout entier.

II. — L'auteur a pu, en recherchant dans les divers auteurs retrouver soixante et onze cas de mutisme hystérique, dont il donne le résumé et sur lesquels il a pu baser une étude complète de cet accident hystérique. Le mutisme n'est donc pas aussi rare qu'on l'a dit, le nombre des observations de M. Natier en fait foi. L'homme est frappé aussi souvent que la femme et fréquemment le shock nerveux doit être incriminé dans l'étiologie du mutisme, comme dans celle des autres manifestations hystériques. M. Natier n'a pas oublié de mentionner ces cas anormaux décrits par M. le Prof. Charcot (Leçons du mardi à la Salpêtrière, policlinique 1887-88) dans lesquels il existe un certain degré d'aphonie et d'agraphie, ce qui est évidemment anormal et constitue une grande exception dans l'histoire du mutisme hystérique.

III. — Il s'agit d'un enfant de 9 ans, observé pendant une période de trois ans. Il avait, après avoir vécu à peu près normalement au point de vue physique et intellectuel pendant les six premières années de sa vie, commencé à s'affaiblir vers cet âge. Quoique la nutrition générale se fut maintenue à son taux normal pendant un certain temps, l'intelligence avait rapidement baissé et le petit malade était devenu complètement imbécile, ne sachant plus dire que « Mamma » et « Dadda ». Enfin la cachexie s'établit graduellement et la mort survint. Le malade avait eu quelques attaques avec perte de connaissance, des vomissements, jamais de traces de paralysies ni de troubles du côté des nerfs crâniens, du grincement des dents très accentué. A l'autopsie on trouva une méningite de la base, un peu de la convexité et de la scissure inter-hémisphérique. Les recherches anamnestiques firent découvrir l'hérédité nerveuse chez la mère et la syphilis chez le père.

V. — Le cas de maladie de Friedreich rapporté par l'auteur est un exemple à peu près typique de cette affection, au point de vue purement clinique. On y remarque cependant quelques points intéressants et dignes d'être notés. Tout d'abord l'absence absolue d'antécédents nerveux héréditaires et signalés d'une façon expresse, quoique l'on puisse remarquer cependant que tous les membres de la famille sont loin d'être connus. De plus, la maladie, qui s'est développée vers l'âge de 7 à 8 ans, ce qui rentre tout à fait dans la règle, a fait son apparition à la suite d'une rougeole. Parmi les symptômes, le nystagmus manque ainsi que l'ataxie des membres supérieurs. Enfin il existe une lésion du fond de l'œil (névrite optique en voie de régression) exceptionnelle dans l'ataxie héréditaire de Friedreich. L'auteur passe rapidement en revue les diverses opinions ayant cours sur l'anatomie pathologique de cette affection. Georges Guinon.

CORRESPONDANCE

Mon cher Rédacteur en chef,

Je voudrais appeler l'attention des éditeurs de journaux et de livres de médecine sur un détail d'exécution bien secondaire, mais qui a, je pense, un intérêt pratique assez considérable ; je veux parler de la qualité du papier de ces journaux et de ces livres. Les médecins qui veulent se tenir un peu au courant, les médecins de campagne surtout, sont obligés de lire dans leur voiture, dans un wagon, dans une salle d'attente, etc. S'il leur fallait pour cela attendre quelques heures de loisir afin de pouvoir prendre bien à leur aise des notes sur une table, ils devraient renoncer à la lecture, car bien rarement pareille aubaine leur arrive.

Il faut donc lire un peu partout, si l'on veut lire, et pour que de ces lectures faites à bâtons rompus il reste quelque chose dans l'esprit, il est excellent de marquer sur le texte même les passages les plus importants; on peut, par exemple, souligner les phrases qui résument une ou plusieurs pages, mettre un point d'interrogation aux parties douteuses, etc., etc., bref, se créer tout un système d'annotations absolument personnel qui permet de revoir plus tard, en quelques instants, un article qu'on a mis plusieurs heures à lire. Cette manière de faire est notamment très utile pour lire des mémoires qui tiennent plusieurs numéros ou pour suivre les discussions de sociétés qui sont publiées par livraisons mensuelles.

© ANM

Pour faire ces annotations, il existe deux moyens : la plume et le crayon. Le crayon a le gros inconvénient de s'imprimer sur la page opposée quand on envoie le livre à la reliure, la plume est excellente quand on a du papier collé, mais souvent les journaux et toujours les livres de médecine sont imprimés sur papier non collé, et alors c'est un moyen absolument impraticable, car le trait d'encre s'étale comme sur un buvard et paraît sur le verso de la page. Il faudrait donc trouver, ou un crayon qui ne s'imprime pas sur la page opposée lors de la reliure, ou une encre qui ne s'étale pas sur le papier ; l'an dernier j'ai cherché ces deux objets pendant six mois à l'Exposition et je n'ai pu les découvrir ; les gens compétents m'ont dit que les conditions que je demandais ne pouvaient être réalisées.

Il y a bien un autre moyen, et c'est précisément pour cela que je m'adresse aux éditeurs. Il faudrait que le papier des journaux et des livres fût collé. Cela existe aujourd'hui pour plusieurs journaux et revues, mais pas pour tous, je citerai entre autres la *Revue de Chirurgie* et les *Bulletins de la Société de Chirurgie ;* quant aux livres, tous ou à peu près sont imprimés sur papier non collé. Y aurait-il des inconvénients ou des difficultés matérielles que j'ignore à tout imprimer sur papier collé ?

Veuillez agréez, etc. Dr X...

BIBLIOGRAPHIE

Histoire de Bicêtre; par Paul **BRU**. 1 vol. in-8 de 480 p., avec 22 pl. ou fig. et 1 plan général. Préface de M. Bourneville. Paris Bureaux du *Progrès Médical*, et Lecrosnier et Babé, éditeurs, 1890.

En 1250, Louis IX voulant favoriser le développement des institutions monastiques, fit venir à Paris une colonie de Chartreux qu'il installa sur le plateau de Gentilly, dans le domaine de la *Grange-aux-Queulx*, lequel avait jadis appartenu à Bertrand Milhoë, premier cuisinier de Louis VIII. Bientôt après, bénéficiant d'une nouvelle largesse du souverain, les moines quittaient leur retraite pour aller s'établir au Midi et hors des murs de Paris, au castel Vauvert, au milieu de terrains vagues occupés aujourd'hui par les jardins du Luxembourg. La *Grange-aux-Queulx*, complètement abandonnée, devenait le refuge des coupeurs de bourse et des vagabonds : elle était même quelque peu hantée par les démons, si nous en croyons une ancienne légende.

Ce fut Jean de Pontoise, évêque de Winchester, qui, en 1286, se chargea de mettre le malin esprit à la raison. Il acheta le vieux domaine, et, sur les ruines du cloître, s'éleva bientôt un magnifique donjon féodal qui devint le château de *Winchestre, Bissestre*, ou *Bicêtre*, comme on dit aujourd'hui.

Nous ne suivrons pas l'antique castel dans toutes les transformations qu'il eut à subir. Pillé à plusieurs reprises et incendié, devenu derechef le refuge des malfaiteurs, ses pierres furent données en 1520 à l'Hôtel-Dieu pour servir à la construction projetée de l'hospice de la Charité. En 1632, ce qui restait du domaine fut rasé jusqu'aux fondements par ordre de Richelieu.

La même année, Louis XIII achetait l'emplacement et plusieurs terres dépendantes pour y faire construire un hôpital destiné à recevoir les officiers et les soldats invalides. Peu à peu, les bâtiments s'élevèrent au fur et à mesure des besoins, et ils étaient grands. Avec Vincent de Paul, ils recevaient les *Enfants-Trouvés* que les épidémies ne tardaient pas à décimer. En 1657, Bicêtre était réuni à l'Hôpital général. Transformé dès ce jour, le vieux domaine devenait à la fois hospice, prison d'état, asile d'aliénés et maison de correction pour les enfants.

On sait ce que fut l'Hôpital général, dont M. Bourneville a donné une excellente étude fragmentée dans des publications successives.

Au commencement du règne de Louis XIII, les mendiants, recrutés pour la plupart parmi les anciens soldats licenciés, infestaient Paris et la banlieue. Mu par une sorte de socialisme d'état assez particulier, le monarque résolut de renfermer tous ces *pauvres, bons* et *mauvais*, pour les forcer à travailler et surtout pour les empêcher de nuire. Bien meilleure était l'idée du grand philanthrope trop longtemps méconnu, Théophraste Renaudot, qui voulait le travail libre pour tous, et fondait de ce chef le *Bureau d'Adresse* où chacun trouvait à s'employer, et les *Consultations charitables* ou gratuites qui fonctionnent encore aujourd'hui dans nos hôpitaux.

En 1662, l'Hôpital général était définitivement constitué : il comprenait la Pitié, Scipion, aujourd'hui la Boulangerie centrale, la Salpêtrière et les bâtiments de Bicêtre.

Dès les premiers jours de sa réunion à l'Hôpital général, Bicêtre reçut les mendiants qui s'y rendirent volontairement, en même temps qu'on y enfermait les vagabonds pris en flagrant délit de contravention aux ordonnances prohibant la mendicité. Il devint l'asile immense où se réfugièrent toutes les misères et tous les vices. Un an s'était à peine écoulé qu'il contenait déjà six cents pauvres. On ne peut se faire une idée de l'état misérable dans lequel étaient plongés ces malheureux. En été, point d'air ; en hiver, point de feu. Ils couchaient jusqu'à 8 dans le même lit, sans distinction de mal ni d'habitude. « Rongés par la vermine, dit Michelet, nourris de pain de son moisi, entassés dans des lieux humides et souvent dans des caves, au moindre prétexte éreintés de coups, les pauvres enviaient le bagne comme un paradis. » Pendant près d'un siècle, aucun changement ne fut apporté à cet état de choses. Une femme, Mme Necker, frappée de ce spectacle épouvantable, obtint de son mari, quelque temps avant la Révolution, que les lits à plusieurs fussent remplacés par des lits à deux séparés par une cloison de bois. Malgré la Révolution, l'amélioration se fit lentement dans cette section des habitants de Bicêtre, premier noyau des *admis* d'aujourd'hui, dont le sort comparé à ce qu'il était autrefois est certainement des plus enviables.

Par l'édit de 1656, les mendiants atteints de syphilis étaient formellement exclus de Bicêtre, mais il n'y avait pas un an que l'hôpital était ouvert qu'il s'y trouvait déjà plusieurs filles ou hommes *gâtés, atteints de ce mal que produit la débauche des femmes*, pour nous servir de l'expression pittoresque des registres du temps. Afin d'éloigner le plus possible de Bicêtre ces malheureux, le bureau de l'Hospice général décida, en 1679, qu'ils y seraient admis, mais « à la charge d'être sujets à la correction avant toutes choses et fouettez, ce qui sera certifié par un billet d'envoi. » En 1690, le Parlement rendait l'admission obligatoire, mais ne supprimait pas la correction. Rongés par la vérole et le scorbut, ces malheureux ne virent leur sort s'améliorer qu'en 1792, époque à laquelle, sur l'initiative de Cullerier, ils furent transférés, hommes et femmes, dans les bâtiments actuels de l'hôpital du Midi, alors couvent des Capucins.

A côté des pauvres et des vénériens, Bicêtre reçut peu à peu des malfaiteurs, dont le nombre s'éleva bientôt assez rapidement pour transformer en prison toute une partie des bâtiments. C'était l'endroit le plus horrible de Bicêtre. Outre les dortoirs communs où ces malheureux couchaient sur la paille pourrie, il y avait les *cachots* et particulièrement les cachots noirs. Ceux-ci, au nombre de huit, étaient creusés dans le sol. Entièrement en pierre de taille, on y descendait par un escalier voûté jusqu'à une profondeur de cinq mètres. L'escalier étroit et rapide était fermé au niveau du sol par une trappe. Pas d'air, pas de lumière. Le patient était attaché dans ces *in-pace* à des chaînes fortement scellées dans les murs latéraux. Bien souvent on l'y oubliait, on le laissait mourir enterré vivant. Quand on démolit, en 1792, ces terribles caveaux, on constata que les murs de séparation avaient un mètre et demi d'épaisseur. De cette section partait la *chaîne* pour le bagne. Et c'était jour de réjouissance pour les gentilshommes et les dames de la cour que d'aller assister à cette terrible opération qui consistait à river à leurs compagnons de route, à l'aide d'énormes anneaux de fer, les misérables destinés à la déportation.

A côté de ces malfaiteurs de bas étage, il existait des prisonniers d'État, *payant pension*, dont le sort était un peu moins pitoyable. C'est Bicêtre qui servit de prison à Prévot de Beaumont, à Osselin et au fameux Latude.

Bicêtre servait encore de maison de correction pour les enfants qui y étaient enfermés à la demande de la famille, d'un parent ou de leur patron. Et la correction était effective, car nous relevons sur les registres qu'un apprenti chaudronnier, pour avoir dérobé quelques parcelles de cuivre à l'atelier, « *sera fouetté deux fois par jour jusqu'à nouvel ordre.* »

© ANM

La Force constituait enfin la section des aliénés : on sait quel fut le sort de ces malheureux jusqu'au jour où Pinel fit tomber leurs chaines.

Il nous faudrait de longues pages pour dire toutes les misères que Bicêtre recouvrit de son sombre manteau de pierre, aussi bien avons-nous hâte d'arriver à l'état actuel, qui, s'il n'est pas parfait, n'est en aucune façon comparable à ce qu'il fut jusqu'en 1789.

Bicêtre est connu de tous si tous ne l'ont pas visité ; donc nous n'aurons pas longuement à nous étendre.

Comme par le passé, le vieux château sert d'asile, de maison de retraite aux vieillards et aux infirmes, aux anciens serviteurs de l'Assistance publique. Il a ses sections de fous, et la *Sûreté*, la nouvelle Force, renferme les aliénés dit criminels.

Il a enfin sa section d'enfants arriérés ou idiots, dont M. Bourneville, avec une persévérance humanitaire à laquelle on rend encore plus justice à l'étranger qu'en France, a su faire un véritable établissement modèle. Les résultats qu'il a obtenus dépassent aujourd'hui tout ce qu'on était en droit d'espérer. La création d'écoles, d'ateliers, de gymnases, a montré quel parti on pouvait tirer de ces pauvres intelligences qu'on laissait avant lui moralement et physiquement croupir dans les ténèbres les plus profondes et dans la saleté la plus repoussante.

Que dire maintenant de l'œuvre de M. Paul Bru, dont nous n'avons pu donner qu'un aperçu tout à fait incomplet? Qu'elle est de celles qui font époque dans de semblables recherches. Depuis plusieurs années nous avons analysé à cette place presque toutes les histoires des hôpitaux de Paris. Nous ne ferons certainement de peine à personne en disant que celle-ci dépasse toutes les autres en intérêt. Le sujet y prêtait d'ailleurs. Mais quel sujet! Il a fallu à M. Paul Bru une grande somme de travail pour retracer aussi complètement et aussi consciencieusement qu'il l'a fait l'histoire si touffue de Bicêtre qui, par tant de côtés, touche à notre histoire nationale, points de contacts toujours mis en pleine lumière par l'auteur. A la vérité, l'auteur, qui appartient à l'Assistance publique, a vu toutes les portes, toutes les archives s'ouvrir devant lui. Il a eu aussi l'extrême bonne fortune de voir M. Bourneville lui abandonner toutes les notes qu'il avait recueillies lui-même au cours de ses travaux historiques et administratifs sur les hôpitaux pour l'histoire de Bicêtre qu'il méditait. Mais M. Paul Bru ne s'est pas contenté de juxtaposer les documents un à un ; il en a fait un tout harmonieux, cimenté par un style simple, élégant et précis, comme il convient à l'histoire. Ajoutons que la parfaite exécution typographique, les nombreux fac-similé, figures ou dessins, dont plusieurs sont dus à l'habile crayon de Mme Paul Bru, contribuent à rendre des plus attrayants un volume auquel nous n'hésitons pas à prédire un vif succès.

GILLES DE LA TOURETTE.

L'évolution de la morale; par Ch. LETOURNEAU. Paris, 1887. — Delahaye et Lecrosnier.

« Le titre seul de ce livre, dit l'auteur dans sa préface, suffira pour choquer quelques lecteurs ; il en étonnera bien plus encore, tous ceux qui, mal au courant du mouvement philosophique contemporain, acceptent de confiance le vieux fonds des lieux communs traditionnels. » C'est qu'en effet la conception générale de la morale est d'ordinaire toute faite d'immuabilité; la morale est chose d'essence supérieure, composée de lois absolues, universelles, éternellement vraies, telle est la croyance du plus grand nombre. Par un singulier phénomène d'atavisme, cette antique notion se trouve dans tous les cerveaux; c'est seulement par un réel effort d'analyse, d'observation et d'étude qu'il est possible de se dégager de cette étreinte et de comprendre alors l'inanité de cette conception. Et alors apparait nettement la vérité de cette affirmation : la morale ne peut être autre que l'être humain dont elle est une caractéristique; comme lui, elle a évolué le suivant pas à pas dans sa marche en avant, reflétant son évolution dans la voie du progrès. C'est après avoir établi nettement ces principes, déduits de l'observation rigoureuse, que l'auteur dit : « Je me suis efforcé de montrer comment est née la morale, comment et sous quelle influence elle a évolué, quelle en a été la direction dans le passé, ce qu'elle sera dans l'avenir... » Où doit-on rechercher l'origine première du sentiment moral réduit à sa plus simple formule ? Chez l'homme le plus inférieur d'abord, puis chez l'animal où l'acte moral existe très nettement. Mais de cet acte moral à l'acte instinctif il n'y a souvent qu'un pas ; or ceci amène en dernière analyse à examiner tout d'abord, dans son mécanisme intime, l'acte instinctif de l'animal. Il est facile de constater que ce n'est là qu'une association complexe de réflexes multiples à la fois d'origine sensorielle, et par suite extérieure et d'origine centrale, cérébrale ou médullaire. Il est bien évident qu'il existe dans les centres nerveux une coordination de mouvements, une association de manifestations organiques diverses indissolublement reliées les unes aux autres, *rythme moléculaire* spécial, cette liaison fonctionnelle de multiples centres nerveux. Ce dont les activités diverses réagissent les unes sur les autres et se fondent pour réaliser un acte quelconque, sont ou bien héréditairement établis : c'est l'instinct, ou artificiellement créés par l'exercice volontaire ou inconscient : c'est l'automatisme. Les causes qui, à l'origine, mettent en jeu ces réactions nerveuses multiples, sont des plus variées ; un grand nombre, si on les étudie dans leur essence, reconnaissent pour origine une certaine influence morale. Dès que deux être doués, si grossièrement que ce soit, de sensibilité et de pensée, vivent ensemble, s'associent, fût-ce même temporairement, une certaine moralité doit naître. Il est nécessaire que chacun d'eux subordonne plus ou moins ses désirs à ceux de ses associés. Voilà, réduite à sa plus simple expression, l'origine de l'idée morale et le mécanisme par lequel elle donne naissance à l'acte moral. Il faut, étant admis ce point de départ irréfutable en soi, et que l'auteur illustre de nombreuses observations absolument concluantes, qu'on voit comment vont se développer, en se compliquant de plus en plus, et l'idée morale et les actes qui en résultent.

C'est cette filière si complexe qu'étudie M. Letourneau dans une série de nombreux chapitres dont nous allons indiquer à grands traits l'enchaînement. Les actes moraux, quoique rudimentaires, sont loin d'être rares chez les animaux : amour maternel, secours mutuel, affectivité, colère, etc., s'observent bien souvent. Chez l'homme, l'origine des penchants moraux résulte des nécessités découlant de la vie en commun, dès les premiers âges de l'humanité ; tout acte moral était commandé à l'origine par une nécessité quelconque de la vie de l'individu au milieu de ses semblables. Tel acte étant nuisible à la vie collective et ne pouvant dès lors être toléré de celui qui le faisait, devenait pour lui chose proscrite qu'il évitait désormais, l'inverse produisant au contraire une répétition plus fréquente de l'acte. Si bien que tout penchant moral a été d'abord une vertu sociale. Peu à peu cette influence du milieu produisant une accommodation morale nécessaire a marqué l'être psychique d'une telle empreinte que la notion, le penchant moral persistent et se transmettent héréditairement soit directement, soit d'une façon atavique, alors même que les influences qui lui ont donné naissance ont disparu depuis longtemps. Une foule d'actes de la vie sociale actuelle incompréhensibles autrement s'expliquent ainsi avec la plus grande netteté: le duel est un des plus curieux reliquats de la morale du moyen âge. — La morale humaine a traversé, d'après M. Letourneau, trois grands stades : la *phase bestiale*, dont la caractéristique est le cannibalisme ; la *phase sauvage*, dans laquelle un certain progrès est réalisé, le vaincu n'est plus mangé, il est réduit à l'état d'esclavage : c'est la caractéristique de ce moment de l'évolution morale. La morale devient ensuite barbare, les mœurs se codifient, le vol, l'adultère, le meurtre sont punis. Enfin arrive la quatrième période, celle où nous sommes encore ; singulier mélange des traditions primitives et des raffinements actuels. « L'esclavage et le servage ont été abolis mais le salariat, servage déguisé, les remplace. La morale et la loi prohibent sévèrement le meurtre ; mais l'opinion publique glorifie et exalte l'homicide militaire.... En fait, ce qui est surtout respecté, désiré, envié, pourchassé, c'est la propriété, c'est l'argent. La morale est mercantile. » Tel est le vaste cadre que M. Letourneau a rempli de faits innombrables, recueillis et rapportés avec une patience et une conscience incroyables, groupés avec habileté et venant constamment appuyer la démonstration qui le plus souvent n'est que la paraphrase, la déduction rigoureuse du fait brutal.

© ANM

Chaque point spécial est analysé successivement avec le même luxe de détails. Cette étude générale, l'auteur la poursuit d'âge en âge, pays par pays, aussi bien chez les sauvages du monde entier que parmi les antiques populations du Mexique, du Pérou, de l'Egypte, de la Perse, de la Chine, de toute l'antiquité gréco-romaine, du moyen âge et jusqu'à nos jours. L'étude des survivances sauvages et barbares, celle de l'influence des religions sur la morale constituent des chapitres du plus vif intérêt, bourrés de faits, de documents qui échappent à l'analyse, mais tous concourent à établir et démontrer les propositions générales que nous indiquions au début. Enfin, l'histoire critique de la morale métaphysique dans l'antiquité et de nos jours, puis celle de la morale utilitaire et transformiste terminent ce remarquable volume. Car la morale *civilisée* actuelle est bien loin d'être parfaite, l'homme doit s'amender encore, sa destinée est de grandir et de gravir toujours. Que de progrès encore à réaliser: le salariat à remplacer par un mode plus perfectionné ; la guerre, folie atavique qui devra disparaître ; la condition de la femme à relever, etc. Innombrables desiderata dont la réalisation sera l'œuvre des générations futures qui devront acquérir et conquérir une somme toujours plus grande de justice et de lumière, par suite de bonheur. — Nous croyons en avoir assez dit par cette courte analyse, pour bien montrer quelle est l'idée dominante et la charpente de ce remarquable livre si riche en documents, si scientifiquement conçu, si rigoureusement déduit de l'observation et dont la lecture intéresse tout à la fois le psychologue, le physiologiste et le médecin. L. CAPITAN.

Les Exercices du corps. Etude scientifique, par E. COUVREUR, chef des Travaux de Physiologie à la Faculté des sciences de Lyon. — Un volume de 344 pages, avec 78 figures intercalées dans le texte. — J.-B. Baillière et fils.

Les exercices du corps, si longtemps négligés dans notre pays, commencent avec raison à être estimés à leur juste valeur ; le but poursuivi par les Anciens : *Mens sana in corpore sano*, doit encore être aujourd'hui le nôtre. C'est ce qu'a compris M. Couvreur, et le livre qu'il vient de publier, et dans lequel sont exposées les données scientifiques sur lesquelles devrait se baser un exercice rationnel, pourra rendre un véritable service et ne sera certainement pas inutile.

L'auteur commence par la description de la machine animale et son mécanisme : le squelette et les muscles, la contraction musculaire, la chaleur produite par cette contraction, la transformation de la chaleur en travail, font l'objet d'autant de chapitres qui servent pour ainsi dire d'introduction à la véritable étude : *l'Exercice et les Organes*. Dans cette seconde partie sont étudiées avec grand soin et tout à fait scientifiquement les principales allures chez l'homme : la locomotion, la marche, la course, le saut, le galop, puis, entrant dans le vif de son sujet, l'auteur passe à l'examen des différents exercices du corps, au point de vue de leur utilité diverse ; il recherche sur quel organe tel ou tel exercice retentit particulièrement, et, en fin de compte, il en déduit le choix que l'on doit faire, suivant le but que l'on se propose et suivant les résultats que l'on veut obtenir.

Le fait principal à retenir pour la compréhension des effets que l'exercice peut avoir sur l'organisme, c'est la connexion étroite qui relie l'organe et la fonction. En réalité, c'est la fonction qui fait l'organe ; c'est le fonctionnement qui développe l'organe. C'est cette théorie qui doit guider pour le choix des exercices pratiques. Ces exercices varieront forcément suivant les âges, suivant les tempéraments, suivant le développement des individus, mais, d'une façon générale, les exercices du corps qui sont le plus convenables et qu'on doit préférer à tous sont les exercices automatiques, et cela pour deux raisons : la première, c'est que ces exercices ne fatiguent nullement le cerveau ; la deuxième, c'est qu'on évite ainsi de donner une forme pédagogique et dogmatique à ce qui, en réalité, doit être un amusement ou un délassement.

Le livre dont nous venons de donner un bref aperçu fait partie de la bibliothèque scientifique contemporaine éditée par J.-B. Baillière ; il ne fera pas mauvaise figure à côté de ses aînés et il sera utile non seulement aux gens du monde, mais aussi aux médecins, aux hygiénistes et surtout à ceux qui sont chargés de présider à l'instruction et à l'éducation de la jeunesse. G. PELTIER.

CHRONIQUE HOSPITALIÈRE

L'Asepsie et l'Antisepsie à l'Hôpital Bichat. Service de Chirurgie de M. le Dr F. TERRIER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris (*suite*) ; par Marcel BAUDOUIN, ancien interne en chirurgie à l'hôpital Bichat (1).

b). Les *drains*, dont M. Terrier fait un usage fréquent, sont des tubes en caoutchouc rouge, de calibre variable : placés dans différents bocaux, suivant leur volume, on les désinfecte en les laissant séjourner une quinzaine de jours au moins dans la solution de sublimé avant de les utiliser. Ces drains ne s'altèrent pas du tout dans cette solution, qu'on renouvelle de temps en temps ; on pourrait sans inconvénient les stériliser à la chaleur sèche, en prenant les mêmes précautions que les sondes en caoutchouc rouge, ou tout au moins les faire bouillir à diverses reprises.

c). *Tampons et éponges.*— Pour éponger une plaie, M. Terrier se sert de *tampons d'ouate* et d'*éponges aseptiques* ; celles-ci sont seules employées dans les laparotomies. Les tampons d'ouate sont tantôt des bourdonnets d'ouate hydrophile phéniquée ou au sublimé, stérilisés ; tantôt des bourdonnets de la même ouate enveloppés dans une sorte de bourse faite avec de la gaze antiseptique, phéniquée ordinairement (tampons dits de Terrier, employés autrefois, d'ailleurs, mais sans être aseptisés). Ces tampons de coton sont très commodes et très aseptiques. On les fait bouillir dans la solution de sublimé ou dans l'eau phéniquée avant de s'en servir. Ils sont placés ordinairement à demeure dans la solution de sublimé. On peut en faire aussi avec la ouate aseptisée à l'étuve Sorel-Quénu.

Nous verrons plus loin comment on prépare les *éponges*.

d). Les *substances antiseptiques*, employées dans le service, sont contenues dans les préparations suivantes :

I. — *Pommades :*

1. Vaseline boriquée	Vaseline blanche	98 gr.
	Acide borique pulvérisé	2 gr.
2. Vaseline au sublimé.	Vaseline blanche	999 gr.
	Sublimé corrosif	1 gr.
3. Vaseline iodoformée	Vaseline blanche	90 gr.
	Iodoforme pulvérisé	10 gr.

II. — *Solutions antiseptiques :*

1. Eau boriquée	Eau distillée et filtrée	980 gr.
	Acide borique	20 gr.
2. Eau phéniquée	Solution forte :	
	Eau distillée et filtrée.	900 gr.
	Alcool à 90° ou glycérine	50 gr.
	Acide phénique.	50 gr.
	Solution faible :	
	Eau distillée et filtrée.	950 gr.
	Alcool à 90° ou glycérine	25 gr.
	Acide phénique.	25 gr.
3. Eau au sublimé	Eau distillée et filtrée.	950 gr.
	Alcool à 95°.	49 gr.
	Sublimé corrosif	1 gr.

Faisons remarquer seulement que toutes les solutions antiseptiques sont préparées avec une eau aseptique, c'est-à-dire *filtrée et bouillie* plusieurs fois de suite. Elles servent pour toutes les opérations.

e). Les pièces de pansements imprégnées de substances antiseptiques sont achetées toutes préparées chez les fabricants de matériaux de pansements. Pour la gaze phéniquée, on ne se sert plus que de la gaze blanchie, moins irritante et plus souple. Il y a des compresses sèches et des compresses humides phéniquées. La gaze au sublimé se trouve aussi dans le commerce, de même que la gaze et la ouate iodoformées. La *ouate aseptique*, qui sert aux pansements des plaies non infectées primitivement, est préparée avec l'étuve Sorel-Quénu et conservée dans des boîtes spéciales qu'on n'ouvre qu'au moment de l'emploi. On peut préparer de même des compresses, de la gaze ordinaire, etc., etc.

L'amadou iodoformé est d'un usage courant surtout pour les

(1) Voir *Progrès médical*, nos 5, 7, 9 et et 35, 1890 ; consulter les figures qui s'y trouvent.

© ANM

opérations dans l'orbite. Les *tampons iodoformés* sont fabriqués à l'aide de l'éther iodoformé par l'interne en pharmacie du service. Les uns ne servent que pour les pansements vaginaux ou utérins, les autres pour les plaies en général. Ces derniers tampons rendent de grands services pour les plaies qu'on draine. On en place un ou deux à l'extrémité extérieure du drain qu'ils obturent; ils absorbent les liquides qui s'écoulent les premiers jours après l'opération. Nous indiquerons bientôt les préparations iodoformées employées pour la chirurgie gynécologique. Le lin boriqué, peu connu en France, est presque exclusivement réservé pour les petites plaies et pour celles qui siègent sur la face.

Tous les flacons, cuvettes de verre ou de porcelaine, bocaux, pouvant être en contact avec les matériaux de pansement, sont lavés à l'eau bouillante, puis à la solution de sublimé.

Laboratoire de l'Interne en pharmacie. — Récemment, M. Terrier a fait installer à l'hôpital Bichat un petit laboratoire spécial où l'interne en pharmacie prépare seul les éponges, les compresses, les tampons aseptiques, etc. Nous allons dire quelques mots de cette innovation, car aucun hôpital, à Paris, ne présente d'installation de ce genre, placée sous la garde de l'interne en pharmacie du service, seul responsable. Ce laboratoire se compose de trois petites pièces distinctes, placées au-dessous des salles de malades (pavillons Tollet, côté des femmes) et reliées entre elles. Dans la première, se trouve l'*autoclave*, où les *compresses*, après avoir bouilli pendant 1/2 heure dans une solution de sublimé à 1/1000, sont portées graduellement à 120°. On les maintient pendant 1/2 heure à cette température; après cela, elles sont plongées dans une nouvelle solution de sublimé où on les conserve.

Dans la seconde pièce sont préparées les *éponges*. Un filtre Chamberland fournit l'eau nécessaire. Quoique le procédé de préparation soit fort connu et publié depuis 1886, nous le résumerons ainsi, parce qu'il a été perfectionné depuis: Pilage des éponges neuves au maillet de bois pour les débarrasser des parties calcaires et siliceuses qu'elles peuvent contenir; lavage à grande eau filtrée et bouillie pour enlever les détritus; traitement par l'acide chlorhydrique à 2 0/0 pour dissoudre ce qui reste des parties sableuses et ramollir les éponges trop dures; lavage à grande eau; traitement par la solution de permanganate de potasse à 5 0/0 pendant 1/4 d'heure; lavage à grande eau filtrée et bouillie; traitement par l'acide sulfureux, consistant en une immersion dans une solution de bisulfate de soude à 2 0/0, dans laquelle on ajoute de l'acide chlorhydrique. Il y a dégagement d'acide sulfureux et précipitation de chlorure de sodium; lavage à grande eau filtrée et bouillie; conservation dans l'eau phéniquée à 5 0/0.

Elles y séjournent pendant quinze jours au moins. Si, après ce laps de temps, elles doivent servir pour une opération chirurgicale, on les retire des bocaux huit jours auparavant; on les lave dans une solution étendue de sublimé, et on les place définitivement dans une solution de sel mercurique à 1/2000; c'est de là qu'on les sort au moment du besoin. Les éponges au sublimé ainsi préparées sont parfaitement aseptiques; elles sont préférables aux éponges phéniquées (1).

Ces éponges, très blanches, extrêmement souples, sont taillées suivant différents modèles, longues, plates, petites, etc., et dans cette taille on a soin de réséquer les parties mauvaises. On peut les transporter en les enveloppant dans du mackintosh. Quand une éponge a servi, elle doit être désinfectée de nouveau avant de pouvoir être réemployée. Il importe de remarquer qu'il s'agit là d'*éponges au sublimé*, car dans bien des services, à Paris, on en est encore aux éponges phéniquées (1).

Les bocaux contenant les éponges ainsi préparées sont placés dans la troisième pièce du laboratoire: c'est là que se trouvent aussi tous les produits chimiques, les solutions et les accessoires nécessaires; c'est là enfin que se préparent les tampons iodoformés ou autres et les crayons médicamenteux utilisés dans le service pour la petite gynécologie.

Remarques générales. — M. Terrier n'emploie plus, au cours des diverses opérations qu'il pratique, la *pulvérisation antiseptique* ou *spray listérien*. Il ne la croit pas indispensable et s'en passe, car, à son avis, les germes de l'air en général ne sont pas à redouter. Quand, par exception, on utilise le pulvérisateur à vapeur et la solution phéniquée, c'est la pulvérisation préalable dans la salle d'opérations, quelques heures avant l'intervention, qu'on emploie pour abattre les quelques poussières que l'air peut contenir. M. Terrier y a recours quelquefois, et encore cette pratique, employée par quelques chirurgiens étrangers (2), a quelques inconvénients faciles à comprendre.

Comparaison de l'asepsie et l'antisepsie. — Les opérations les plus sérieuses réussissant sans l'emploi du spray listérien, M. Terrier, qui tend sans cesse à diminuer le rôle des antiseptiques, pour augmenter de plus en plus celui de l'asepsie,—bien entendu chez les *malades non infectés primitivement*,— en a conclu que l'infection par l'air n'était pas à redouter; et cette démonstration, aussi bien expérimentale que clinique, faite sur l'homme malade, a bien la valeur, on l'avouera, des expériences de laboratoire exécutées sur des animaux sains. D'ailleurs, tout le monde tend à admettre aujourd'hui que l'air n'est pas souvent microbifère ou plutôt vecteur de microbes pathogènes, surtout celui d'une salle de grandes opérations dans un service de chirurgie parfaitement tenu. N'a-t-on pas montré, par exemple, que même l'air expiré par les tuberculeux ne renferme pas de bacilles (Cornet); *a fortiori*, l'air d'une salle quelconque bien aérée doit-il en être exempt.

Le danger, en chirurgie, réside presque tout entier, comme en médecine probablement, dans l'infection par les liquides et les solides. C'est pour cela que les solutions employées sont si surveillées; c'est pour cela qu'il est utile de nettoyer, laver, flamber, quand c'est possible, les vases qui les renferment, etc. On ne saurait jamais être trop méticuleux à ce point de vue. Qu'on introduise une spore dans une plaie, et tout ce qu'on a fait et rien c'est absolument, au point de vue de la théorie de l'asepsie sinon toujours du résultat thérapeutique, absolument la même chose.

C'est encore pour cela que, en ce qui concerne le matériel, le flambage (lampe à alcool, bec Bunsen, etc.), la stérilisation à l'aide de la vapeur d'eau surchauffée à 120°, les ébullitions répétées et successives, ou encore la stérilisation à l'étuve sèche à 140° (3) sont absolument indispensables pour n'importe quelle opération, si insignifiante soit-elle (4). Qu'on

(1) Elles ne sont point placées dès le début dans la solution de bichlorure, pour les raisons suivantes. C'est une chose bien connue de tous que le sublimé se décompose au contact des matières organiques. En effet, on a remarqué que la solution dans laquelle plongent les éponges ne donne plus traces de sel mercurique, même par les réactifs les plus sensibles, au bout d'une dizaine de jours. Au contact de la fibroïne de l'éponge, d'une part, et d'autre part des sels calcaires qui sont toujours contenus en poudre impalpable, en faible quantité dans les tissus, il s'est formé d'abord de l'albuminate de mercure, puis du sous-chlorure de mercure ou calomel. Et si l'on essaie de remplacer cette solution altérée par une nouvelle, on s'aperçoit bientôt que les éponges ne se laissent plus imbiber que lentement et très imparfaitement par les liquides; de plus, elles ont un aspect grisâtre et comme métallique, et, lorsqu'on les serre dans la main, elles ne reprennent que très difficilement leur volume normal; en un mot, elles n'ont plus d'élasticité. Telles sont les raisons qui ont fait adopter le mode opératoire indiqué ci-dessus; d'ailleurs il a donné jusqu'ici d'excellents résultats.

(1) On a essayé de stériliser les éponges à l'autoclave. On n'a pas été satisfait de ces essais; les éponges se raccornissent d'une façon telle qu'elles sont inutilisables.

(2) Novatsky. — *Antisepsie à l'hôpital de Moscou*; in *Rev. gén. de Clin. et de Thérap.*, n° 14, p. 229, 4 avril 1889.

(3) Cornet a démontré, au moins pour le bacille de la tuberculose, que des instruments souillés par des produits tuberculeux n'étaient pas aseptisés à la suite d'une immersion prolongée dans la solution phéniquée forte ou celle de sublimé à 2/1000. — Voir à ce sujet: Straus. *De la stérilisation par la chaleur*; in *Arch. de méd. expériment.*, n° 2, 1er mars 1890.

(4) Les bistouris et les aiguilles fines qui servent exclusivement aux interventions aseptiques (instruments de la salle des laparotomies, etc.) ne sont pas stérilisés à l'étuve sèche, mais désinfectés au *chloroforme*, comme l'a indiqué M. Lucas-Championnière, puis bouillis à l'eau stérilisée. La chaleur les altère trop rapidement. Le moyen qui paraît aujourd'hui le plus pratique pour ces instruments est le stérilisateur employé à Berlin chez M. le Pr von Bergmann (solution bouillante de carbonate de soude).

© ANM

n'oublie pas que toute plaie est une porte d'entrée à la mort et que le chirurgien encourt aujourd'hui une grande responsabilité, si chez des malades, *non infectés auparavant*, il a un accident d'ordre infectieux.

Tout ce que nous venons de dire explique pourquoi, à Bichat, des précautions qui paraissent trop minutieuses sont prises chaque jour : par exemple, la stérilisation à l'étuve des draps, compresses, serviettes, etc., qui doivent servir pendant les laparotomies ; des blouses (1), des tabliers, etc., que le chirurgien ou ses aides revêteront pendant l'opération.

On discute souvent encore chez nous sur la valeur des termes, asepsie et antisepsie. Au point de vue de la pratique chirurgicale, il suffit d'avoir assisté à quelques opérations dans le service de M. L.-Championnière d'une part, et dans celui de MM. Terrier ou Terrillon par exemple, pour être rapidement convaincu qu'il y a une notable différence entre les deux méthodes. Dans le service de M. Terrier, comme nous avons essayé de le montrer, tout a été disposé pour assurer la *pureté du milieu*, pour empêcher les germes de se trouver en contact avec la plaie ; tout a été sacrifié au milieu, à la stérilisation préalable du matériel d'opérations (2). Pour M. Lucas-Championnière, qui en est resté aux traditions listériennes (3), le milieu, au contraire, importe beaucoup moins : il ouvrirait l'abdomen — qu'il nous pardonne cette exagération volontaire — dans une salle remplie d'infections purulentes ! N'a-t-il pas, en effet, opéré jadis dans des baraquements de varioleux ! En tous cas, il a surtout pour objectif la destruction, par les antiseptiques forts, des microorganismes pathogènes qui peuvent envahir son champ opératoire dans de pareils milieux.

VARIA

Le Choléra.

A la frontière des Pyrénées, la désinfection continue de fonctionner sans provoquer de réclamations de la part des voyageurs ; cependant on a dû dresser procès-verbal contre plusieurs d'entre eux qui n'ont pas voulu se mettre en règle. Le nombre des étrangers qui passent la frontière est particulièrement fort restreint.

Le comité consultatif d'hygiène de France s'est réuni, le 8 septembre, sous la présidence de M. le Dr Brouardel. M. le Dr Proust a rendu compte au comité de la situation sanitaire, intérieure et extérieure. En France, l'état sanitaire continue à être des plus satisfaisants. En Espagne, le choléra, après quelques oscillations, semble devoir rester stationnaire. Il y a eu une légère aggravation à Valence, à Alicante et à Tolède. Diminution sur tous les autres points. Nos postes sanitaires continuent à bien fonctionner. Il ne passe pas de linge sale qui n'eût été soumis à la désinfection par l'étuve. Le choléra paraissait s'être montré dans la caravane qui va de la Mecque à Médine. Cependant aucun décès n'a été constaté à Médine. A Djebel-Tor, station de quarantaine pour les pèlerins retour de la Mecque, il y avait, à la date du 23 août, 5,000 pèlerins, on y comptait une centaine de décès.

M. le Dr Proust a fait remarquer que c'est au moment du départ des bateaux ramenant ces pèlerins vers la Méditerranée, qu'il faudra redoubler de précautions. Déjà, d'après une dépêche d'Alexandrie, en date du 5 septembre, le vapeur français *Gallia* devait passer le canal avec 748 pèlerins à destination de Tripoli et de Tanger. Ce bateau ramenait également les pèlerins algériens et tunisiens qui avaient été au pèlerinage, malgré la défense. L'état sanitaire était satisfaisant à bord.

M. le Dr Proust a fait connaître au comité les mesures prises par l'Algérie, la Tunisie, l'Autriche (en Bosnie et en Herzégovine) pour prévenir l'importation du choléra par les pèlerins. L'Egypte semble bien gardée et si les mesures prescrites sont exécutées dans la suite comme elles l'ont été jusqu'ici, tout donne lieu d'espérer qu'il n'y aura aucune importation cholérique.

Choléra en Espagne. — Dans les provinces d'Alicante, Badajoz, Tarragone, Tolède et Valence, on a constaté : Le 2 septembre, 52 cas de choléra et 20 décès. — Le 3 septembre, 48 cas à Valence avec 5 décès ; 5 cas à Tolède avec 6 décès. — Le 4 septembre, 26 cas et 15 décès. — Le 5 septembre, 115 cas et 60 décès. — Le 7 septembre, 40 cas et 22 décès. — Le 4 septembre, quelques cas ont été signalés aussi à l'hôpital militaire de Madrid. On a signalé deux cas douteux à Cadix le 6 septembre, de même que 4 cas douteux à Lorenzana, province de Lugo.

D'après une dépêche de Lisbonne, en date du 9 septembre, la frontière terrestre du Portugal est fermée à un grand nombre d'objets, notamment des meubles et des tapis.

La statistique du choléra accuse depuis le commencement de mai 3,472 cas et 1,787 décès. Une dépêche du 11 septembre signale la décroissance de l'épidémie dans les villages, mais elle augmente à Valence et reste stationnaire à Tolède.

Choléra en Egypte. — A El-Tor, le 1er septembre, il y a eu 48 cas de choléra et 18 décès. Un incident, sans importance, a eu lieu au Conseil international de quarantaine au Caire ; il est dû à la façon dont s'est conduit M. le Dr Milton, médecin anglais, qui avait voulu faire prévaloir des mesures hygiéniques pas plus efficaces que celles proposées par le Conseil de quarantaine lors l'apparition du choléra dans le Hedjaz.

Choléra en Arabie. — On considère le choléra comme terminé à La Mecque. D'après M. Ebeid, médecin, accompagnant les pèlerins à La Mecque, le choléra aurait éclaté à Yembo. A Djeddah, par contre, depuis 15 jours, on n'a constaté qu'une moyenne de 2 décès par jour. La situation sanitaire paraît s'améliorer en Arabie. Il n'y a eu à Djeddah aucun décès cholérique depuis le 2 septembre.

Choléra au Japon. — D'après les dernières nouvelles, le choléra sévit avec une extrême violence dans les villes du Japon. L'épidémie aurait éclaté à Nagasaki et en 20 jours on aurait constaté 926 cas, dont 674 mortels. C'est à la fin de juillet que le choléra aurait envahi les villes situées entre Satsuma et Hakodate. A Yokohama l'épidémie sévit avec moins d'intensité.

La crémation.

Dans une excellente brochure qu'il a publiée en 1876, le Dr Gannal fait une étude très approfondie des avantages de la crémation sur l'inhumation. Nous publions à titre de renseignement ses conclusions qui, à notre avis, méritent une sérieuse attention :

« 1° La crémation sera *facultative* ; — 2° Lorsqu'une famille voudra qu'il soit procédé à l'incinération du corps d'une personne décédée, avis devra en être donné au maire, au moment de la déclaration du décès, et il en sera fait mention sur la feuille de visite, qui est remise par la mairie au médecin de l'état civil ; — 3° Après la visite des médecins de l'état civil et au plus tôt vingt-quatre heures après l'heure de la déclaration du décès, *sauf les cas d'urgence reconnus par les médecins de l'état civil*, les corps seront portés dans les maisons mortuaires qui seront établies, ainsi que les bâtiments d'incinération, dans les dépendances des anciens cimetières ; — 4° On installera dans ces dépositoires tout ce qui sera nécessaire pour porter secours aux personnes qui pourraient n'être qu'en léthargie et un personnel spécial placé sous la direction d'un médecin y sera continuellement de service ; — 5° Les corps resteront exposés à visage découvert dans ces dépositoires jusqu'à ce qu'à l'apparition manifeste de la putréfaction ait démontré la certitude de la mort ; alors le médecin remettra par écrit au conservateur du cimetière l'avis qu'il peut être procédé à la crémation ; — 6° Le conservateur pourra dès lors autoriser l'incinération, à moins qu'il n'ait été avisé qu'une enquête a été ouverte sur les causes douteuses de la mort ; dans ce cas, la crémation ne sera pratiquée qu'après que le parquet en aura fait remettre l'autorisation au conservateur ; — 7° Après que l'incinération des corps aura été effectuée sous la surveillance des agents spécialement préposés à ce service, les cendres seront recueillies et placées dans des urnes qui porteront un numéro matricule correspondant au numéro du registre d'entrée, dont le conservateur a la tenue ; — 8° Les urnes seront déposées dans un emplacement spécial, sur lequel on inscrira le numéro correspondant à celui du registre d'entrée, les noms, prénoms, et âge de la personne décédée ; cette inscription sera contrôlée par le conservateur, qui vérifiera si ces indications sont conformes à celles du registre matricule ; — 9° Lorsque les urnes cinéraires devront être déposées ailleurs que dans les cimetières, le conservateur sera avisé si

(1) Blouses sans manches, fermées à la partie antérieure. La surveillante et les infirmières elles-mêmes, quand elles assistent à une opération, portent des corsages blancs, stérilisés, par-dessus leurs vêtements ordinaires.

(2) M. Terrier. — *De l'Asepsie en chirurgie*, Communication au Congrès de l'*Association française pour l'avancement des Sciences* à Limoges (août 1890). Von Bergmann, Veit, Rein. *Asepsie en chirurgie et en gynécologie*. Communications au *Xe Congrès international de médecine* à Berlin (août 1890).

(3) Voir les *conditions matérielles d'une bonne salle d'opérations*. *Revue d'hygiène*, avril 1890.

© ANM

l'administration autorise cette translation. Cet avis lui tiendra lieu de décharge et restera dans les archives du cimetière. »

Le Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine a émis l'avis, dans sa dernière séance, qu'il y avait lieu d'autoriser, dans les conditions actuelles, le fonctionnement de l'appareil crématoire établi au cimetière du Père-Lachaise.

Universités de Montpellier et Marseille.

Un rédacteur du *Petit Marseillais*, de passage à Montpellier, a étudié sur place la crise universitaire. Il a trouvé que l'agitation était toute à la surface et n'existait que dans les milieux où elle devait être.... obligatoire. Et encore, les Montpelliérains eux-mêmes, paraît-il, ne seraient pas très convaincus de l'avenir de leur Université! Mais ce qui les a froissés, c'est qu'on ait agité précisément la question de la Faculté de médecine au lendemain des fêtes du centenaire. Quoi qu'il en soit, il nous semble utile, dans l'intérêt de la vérité, de rapporter ici quelques passages de l'article du *Petit Marseillais* (6 septembre 1890), en ce qui concerne l'opinion des étudiants et même l'avis de certains jeunes professeurs de la Faculté de médecine. Les étudiants ont bien rédigé un vœu en faveur de Montpellier, mais la réunion s'est terminée, ajoute le journal en question, par le cri de : « Vive Marseille ! » poussé par un certain nombre. On n'aurait pas dit un mot, dans la presse locale, de cet incident. Si cela est exact, c'est un signe des temps. D'autre part, certains jeunes agrégés de la Faculté de médecine seraient, toujours d'après le même journal, auquel nous laissons la responsabilité de ces allégations, enchantés de passer à Marseille comme titulaires si on y créait une Faculté.

Certes on peut très bien créer une Faculté de médecine à Marseille et laisser subsister celle de Montpellier. Mais l'intérêt suprême de la science, de l'enseignement et du.... budget s'allie-t-il bien avec une telle organisation? C'est une question dont la solution serait peut-être difficile à faire accepter. M. B.

Règlement applicable au retour des pèlerins.

Article 1. — Toute provenance originaire de Djeddah et Yambo en patente *brute* de choléra, avec ou sans pèlerins à bord, outre la quarantaine purgée en Egypte, subira la quarantaine réglementaire dans un port ottoman à lazaret.

Art. 2. — Les ports à lazaret sont, à l'exclusion de tout autre, ceux de *Beyrouth* pour la Syrie et pour Tripoli d'Afrique, de *Smyrne* pour la Turquie d'Asie et d'Europe, et de *Camaran* pour la côte de l'Assyr, du Yémen et pour le Golfe Persique.

Art. 3. — La durée de la quarantaine des pèlerins et des navires est de 10 jours pleins à compter du jour du débarquement au lazaret.

Art. 4. — Les navires à bord desquels il se serait manifesté des accidents cholériques subiront le maximum de la quarantaine (15 jours pleins) et toutes les prescriptions établies par le règlement général du choléra de 1867 ; ils ne pourront recevoir la pratique que par autorisation expresse du Conseil de Santé.

Art. 5. — Les navires en patente *nette* du littoral de la mer Rouge, excepté Djeddah et Yambo, et qui n'ont pas des pèlerins à bord, sont admis en libre pratique, dans tous les ports ottomans, après une visite médicale des passagers et de l'équipage.

Art. 6. — La visite médicale pour les navires à destination de Constantinople se pratique aux Dardanelles.

Art. 7. — Pour les pèlerins qui prennent la voie de terre, des stations d'observation seront établies sur la limite du désert, entre l'Arabie et la Mésopotamie, et aux environs de Damas, pour les caravanes de La Mecque et de Médine.

Art. 8. — La durée de cette quarantaine est de 10 jours pleins, mais elle est prolongée en cas d'accidents cholériques. Le tout conforme au règlement général du choléra (1867).

Art. 9. — Les dispositions relatives au nombre de pèlerins à embarquer à bord des navires devront être strictement observées, en accord avec le règlement spécial applicable au pèlerinage du Hedjax de l'année 1890.

Décidé en séance du Conseil supérieur de Santé.

Le service des aliénés en Autriche.

Vienne, 9 septembre. — Le bruit court que les aliénés seraient traités en Autriche, dans certains établissements dits « de santé », avec une brutalité inouïe. Il y a quelque temps, le Landtag de Galicie a été saisi d'une protestation énergique provoquée par la mort subite du comte Dzieduszycki, survenue à la suite de sévices graves. Des journaux de Lemberg, le « Dziennik Polski » entre autres, annoncent qu'un lieutenant de hussards aurait été transporté au quartier des agités et maltraité d'une façon odieuse pour avoir oublié de saluer un employé de la maison de santé de Kulparkow. Cette affaire provoque une très vive émotion.

Des Honoraires médico-légaux.

Tableau du Tarif proposé.

DÉTAIL DES HONORAIRES ET INDEMNITÉS	Pour les villes de 40,000 âmes et au-dessus, y compris Paris.	Pour les villes de moins de 40,000 âmes.
Pour chaque examen ou visite simple avec rapport	6 fr. au lieu de 6 et 5.	5 fr. au lieu de 3.
Pour une opération plus difficile que la simple visite, et en particulier : *a*) pour tout examen nécessitant l'emploi d'un instrument spécial (sonde, ophtalmoscope, laryngoscope, pile électrique, otoscope, microscope) ; *b*) pour tout examen des parties génitales d'un sujet féminin ; *c*) pour tout examen d'état mental. .	15 fr. au lieu de 15 et 12.	12 fr. au lieu de 8.
Pour une autopsie :		
a) D'un fœtus ou d'un nouveau-né.	20 fr. au lieu de 15 et 12.	15 fr. au lieu de 8.
b) D'un adulte	30 — —	25 — —
c) D'un sujet de n'importe quel âge en voie de décomposition sous terre ou dans un autre milieu	50 — —	40 — —
Pour une vacation de 3 heures :		
a) De jour	4 fr. au lieu de 5 et 4.	4 fr. au lieu de 3.
b) De nuit	6 fr. au lieu de 7.50 et 6.	6 fr. au lieu de 4 fr. 50.
(On ne pourra allouer par jour que 2 vacations de jour et 1 de nuit).		
Pour indemnité de voyage au delà de 2 kilomètres de la résidence de l'expert compté jusqu'au lieu de ses opérations, savoir pour chaque kilomètre parcouru, tant à l'aller qu'au retour	1 fr. au lieu de 1 fr. 25 par 1/2 myriamètre.	1 fr. au lieu de 1 fr. 25 par 1/2 myriamètre.
Pour toute indemnité d'absence de l'expert hors de sa résidence par jour	10 fr. au lieu de 4, 2.50 et 2 fr.	10 fr. au lieu de 2.50 et 2 fr.

1° Relèvement à peu près général de tous les chiffres alloués par le tarif de 1811, avec un classement modifié des opérations médico-légales suivant le tableau donné ci-dessus ;

2° Simplification des formalités nécessaires pour la prestation de serment et pour le recouvrement des honoraires par tous les moyens pratiques, et entre autres par la généralisation de l'ordonnancement pour frais urgents ;

3° Allocation au médecin-expert, pour sa déposition devant les tribunaux, des mêmes honoraires et indemnités que pour son expertise, et règlements restreignant au temps strictement nécessaire sa présence aux débats ;

4° Désignation de deux ou trois médecins dans les affaires importantes et délicates, entre autres dans les autopsies.

L'utilité des Congrès scientifiques.

Nos confrères du *Medical Record*, de la *Médecine moderne*, de la *Gazette des Hôpitaux*, se faisant l'écho des beaux discours prononcés à Paris, il y a longtemps déjà, par M. le Dr A. Desprès, critiquent l'institution des Congrès scientifiques et ajoutent, sans périphrase, que tout cela ne sert à rien.

Nous sommes d'un avis *absolument opposé* et nous avons essayé de démontrer pourquoi bien des fois déjà. Mais, ce qui nous étonne et nous chagrine, c'est qu'on ne veut pas comprendre l'utilité manifeste, réelle, des Congrès de cette sorte. Oh! certainement, ce n'est pas dans les Congrès que travaillent les savants! Il suffit d'avoir assisté à l'un d'eux pour le savoir. Aussi nos confrères nous semblent-ils, avec le *Medical Record* (de New-York), découvrir l'Amérique. Comment expliquez-vous cela? Les Congrès, ça ne sert à rien, dites-vous ; mais, chose curieuse, on s'y rend de plus en plus ! Si les charlatans y viennent trop, c'est de la faute aux *vrais savants* qui n'y viennent pas assez, chez nous du moins. Marc. B.

Le futur Congrès international de médecine à Rome et l'Exposition médico-scientifique.

On écrit à la *Semaine médicale* que M. le Pr Bacelli, président du Comité d'organisation du futur Congrès international de médecine de Rome, a fait décider par le Conseil de direction de la *Société pour le bien économique de Rome* qu'une Exposition nationale aura lieu dans cette ville en 1893, pendant ce Congrès ; toutefois, l'Exposition serait internationale pour

© ANM

la section d'hygiène. Le Ministre de l'intérieur aurait promis son concours pour cette Exposition.

Que l'Italie fasse une Exposition internationale en 1893, cela nous est parfaitement indifférent, d'autant plus que le Ministère a le temps de changer et même l'Exposition d'avorter. Mais ce que nous ne comprenons pas, *c'est qu'on limite l'internationalité de cette Exposition à la section d'hygiène seule.* A notre humble avis, l'*Exposition médico-scientifique*, si elle a lieu en 1893, pendant un Congrès international, *doit être tout entière internationale*, comme elle l'était à Berlin cette année. Nous devinons bien pourquoi on a fait pareille restriction, mais nous attendons que les journaux scientifiques italiens ou M. le Pr Bacelli nous aient répondu sur ce point, pour insister davantage.

Marcel BAUDOUIN.

Service médical de nuit dans la ville de Paris.

STATISTIQUE DU 1er AVRIL AU 30 JUIN 1890, PAR LE Dr PASSANT.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total.
1er	6	12	1	19
2e	11	20	2	33
3e	25	45	18	88
4e	32	64	20	116
5e	22	24	13	59
6e	10	27	8	45
7e	7	19	8	34
8e	6	9	0	15
9e	6	16	4	26
10e	28	28	9	65
11e	74	124	74	272
12e	21	52	34	107
13e	37	57	40	134
14e	48	64	25	137
15e	33	66	27	126
16e	9	14	5	28
17e	48	75	29	152
18e	80	114	48	242
19e	50	72	25	147
20e	72	135	59	266
	628	1037	446	2111

MALADIES OBSERVÉES.

A		**E**	
Angines et laryng.	158	Affect. cérébrales	88
Croup	53	Eclampsie. Convuls.	67
Coqueluche	14	Névralgies	32
Corps étrangers de l'œsophage	»	Névroses	81
Ophthalmie	2	Epilepsie	16
Otite	2	Aliénation mentale.	3
B		Alcoolisme. Delirium tremens.	12
Asthme	44	Catalepsie	3
Affections du cœur.	64	Rage	1
Bronchites aiguës et chroniques	121	Syphilis constitut.	2
Pleuro-pneumonie.	93	**F**	
Congestion pulmonaire	15	Rhumatisme	33
Grippe	»	Affections éruptives	138
C		Pustule maligne.	»
Affections et troubles gastro-intestinaux	135	Fièvre intermitt.	3
Cholérine	42	Fièvre typhoïde.	49
Dysentérie	4	Hémorrhagies de causes internes et externes.	84
Athrepsie	49	**G**	
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines.	64	Plaies. Contusions.	103
Hernie étranglée	30	Fractures. Luxations. Entorses	23
Rétention d'urine	16	Brûlures	4
Fissure à l'anus	»	Congélat. des pieds	»
Orchite	4	Empoisonnements.	15
Chute du rectum	3	Asphyxie par le charbon	6
Vulvo-vaginite	»	— submersion.	1
D		Suicide	8
Métrite. Métro-péritonite	71	**H**	
Métrorrhagie	42	Morts à l'arrivée du médecin	58
Fausse-couche	68		
Accouc. Délivrance	157		
Accouc. non terminé	28	Total	2111

La moyenne des visites par nuit est de 27 88/100.
Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 22,83/100.
Les hommes entrent dans la proportion de 33 0/0.
Les femmes — — de 51 0/0.
Les enfants au-dessous de 3 ans, 16 0/0.

Visites du 1er trimestre de 1889.	2,103
— — 1890.	2 509
Différence en plus.	406

Le mois de janvier, pendant lequel l'épidémie de grippe a sévi, comprend à lui seul 1,117 visites de nuit.

La mortalité en Angleterre.

M. Alfred Hill (de Birmingham) a fait, au Congrès de l'Association médicale britannique, une communication sur la diminution progressive de la mortalité en Angleterre. Depuis 1873, on constate en Angleterre une diminution progressive de la mortalité, due à l'application, de plus en plus rigoureuse et éclairée, des lois sanitaires promulguées en 1872. Pour la population totale de l'Angleterre et du pays de Galles, la mortalité est tombée de 21,2 à 17,19 0/00; dans les vingt plus grandes villes, de 24,4 à 19; à Londres, de 22,5 à 17,4; à Birmingham, de 24,8 à 18,4; à Maidstone, de 22,8 à 13,7, etc. A Manchester, bien qu'on ait fait de grands efforts pour assainir la ville, la mortalité n'a baissé que de 30 à 26,7.

Le résultat, en somme, est des plus encourageants et montre que l'on est dans la bonne voie. La diminution de la mortalité a été de 6,5 0/0 plus considérable dans les vingt grandes villes que dans l'ensemble de l'Angleterre, ce qui tient sans doute à ce qu'il existait dans les villes plus de causes de maladies susceptibles d'être abolies par une hygiène convenable. Quelques villes restent en arrière, Boston, par exemple, où la mortalité est encore de 32,61, tandis qu'à Leicester, dans un milieu à peu près semblable, elle n'est que de 17,13. La diminution des décès par maladies fébriles a été aussi très remarquable; pendant la période 1861-1870, il est mort de maladies infectieuses aiguës, en Angleterre et dans le pays de Galles, 885 personnes par million d'habitants; pour la période 1871-1880, ce chiffre est tombé à 484 et pour la période 1881-1889, à 239; les décès causés par les maladies fébriles de tout genre ont donc diminué des trois quarts depuis 1861. Il est à regretter que les efforts des hygiénistes n'aient pas encore été couronnés de succès en ce qui concerne la diphtérie; cette maladie continue à augmenter de fréquence dans les villes, tandis qu'elle diminue dans les campagnes où elle régnait surtout autrefois. Birmingham, cependant, fait exception à la règle; depuis 1873, la mortalité par suite de diphtérie a baissé de 0,31 à 0,11 0/00, tandis que dans les autres grandes villes, elle a augmenté de 0,9 à 0,27.

(*Revue scientifique*).

La lèpre à la Nouvelle-Calédonie et aux îles Fidji.

On s'occupe à Nouméa, depuis quelques mois, de l'isolement des lépreux. Des médecins visitent les tribus et signalent les malades qui doivent être internés dans les léproseries. Cependant, comme certains d'entre eux, trop zélés, ont fait isoler des indigènes à peine atteints ou peut-être même non encore malades, il en est résulté quelques troubles, qui se sont calmés aujourd'hui d'ailleurs. La lèpre existe vraiment à la Nouvelle-Calédonie, comme dans tout le Pacifique, mais d'une façon peu intense. Le gouverneur de la Nouvelle-Calédonie a chargé deux médecins de la marine de se rendre aux îles Fidji et d'y étudier les moyens employés par l'administration anglaise pour enrayer la lèpre.

Aux *îles Fidji*, d'après le rapport de ces médecins, les cas de lèpre sont très nombreux et accompagnés très souvent d'autres maladies de la peau inconnues encore à la Nouvelle-Calédonie; entre autres le *Tohelzu*, dite *Lèpre volante*, qui guérit quand elle est traitée de bonne heure, à l'aide de fumigations sulfureuses. 1 indigène sur 5, dans ce pays, est atteint d'une affection cutanée quelconque. Dans les îles Fidji, les lépreux vivent à l'état libre; on se borne à les soigner quand ils viennent à l'hôpital. On a essayé, en vain, de les recenser.

NÉCROLOGIE.

Le Pr Adams ALLEN, doyen du Rush medical Collège.

Le Pr Adams ALLEN, le médecin bien connu, est mort récemment dans sa maison de Chicago, des suites d'une maladie qui durait depuis 3 ans. Bien que cette mort ne soit pas tout à fait inattendue, elle frappera de chagrin bien des cœurs. Né à Middleburg, en 1825, d'ancêtres anglais, il parvint au grade de docteur en 1846. Il occupa de nombreuses chaires au Rush medical Collège et fut professeur de pathologie, de 1859 à 1890, où sa santé l'obligea à résilier ses fonctions. Président du Rush medical Collège, le Dr Adams Allen a beaucoup voyagé. La relation des connaissances qu'il a acquises dans ses nombreuses pérégrinations en Europe, en Egypte et au Maroc, est consignée dans un journal qui ne forme pas moins de huit volumes. Quelques-unes de ces notes ont été publiées.

L. R. R.

FORMULES

VII. — Essence de térébenthine dans la fièvre typhoïde.

Huile de caryophyllée	VI gouttes
Essence de térébenthine	10 gram.
Glycérine, Mucilage	aa 45 gram.
Sirop, Eau	aa q. s. pour faire 90 gram.

Une cuillerée à dessert. (Ch. WOOD. *Med.-News*). A. R.

SOCIÉTÉS FRANÇAISES D'ASSISTANCE EN RUSSIE. — Il y a en Russie deux Sociétés françaises d'assistance: *L'Association française de bienfaisance* et la *Société de secours mutuels des résidents français* de Pétersbourg. Ces Sociétés datent, la première de 1817, la seconde de 1879.

© ANM

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 31 août 1890 au samedi 6 sept. 1890, les naissances ont été au nombre de 1035 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 365 ; illégitimes, 137, Total, 502. — *Sexe féminin :* légitimes, 387 ; illégitimes, 146, Total, 533.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 31 août 1890 au samedi 6 sept. 1890, les décès ont été au nombre de 902 savoir : 464 hommes et 438 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 10, F. 9, T. 19. — Variole : M. 3, F. 2, T. 5. — Rougeole : M. 9, F. 10, T. 19. — Scarlatine : M. 1, F. 0, T. 1. — Coqueluche : M. 4, F. 6, T. 10. — Diphthérie, Croup : M. 11, F. 15, T. 26. — Choléra : M. 00, F. 00, T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 112, F. 68, T. 180. — Autres tuberculoses : M. 10, F. 18, T. 28. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 5, T, 5. — Tumeurs malignes : M. 14, F. 26, T. 40. — Méningite simple : M. 18, F. 19, T. 37. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 21, F. 13, T. 34. — Paralysie : M. 3, F. 3, T. 6. — Ramollissement cérébral : M. 3, F. 6, T. 9. — Maladies organiques du cœur : M. 17, F. 42, T. 59. — Bronchite aiguë : M. 7, F. 5, T. 12. — Bronchite chronique : M. 13, F. 14, T. 27. — Broncho-Pneumonie : M. 3, F. 5, T. 8 — Pneumonie : M., 14 F. 11, T. 25. — Gastro-entérite, biberon, M. 69, F. 41, T. 110. — Gastro-entérite, sein : M. 11, F. 12, T. 23. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 4, T. 5. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 5, T. 5. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Débilité congénitale : M. 14, F. 15, T. 28. — Sénilité : M. 8, F. 10, T. 18. — Suicides : M. 11, F. 3, T. 14. — Autres morts violentes : M. 7, F. 4, T. 11. — Autres causes de mort : M. 67, F. 59, T. 126. — Causes restées inconnues : M. 3, F. 6, T. 9.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 65, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 20, illégitimes, 9. Total : 29. — *Sexe féminin :* légitimes, 24 ; illégitimes, 12 Total : 36.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE CLERMONT-FERRAND. — En vue de la discussion au parlement d'un projet de loi sur l'exercice de la médecine, les professeurs de l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand ont fait parvenir aux députés de leur région académique une adresse qui a pour but principal de proposer des modifications dans les conditions exigées de tous ceux qui désirent se livrer à l'exercice de la profession médicale. Voici les conclusions de cette adresse : « 1° Création d'une *licence en médecine*, ne pouvant être prise qu'après quatre ans d'études au moins, c'est-à-dire après la seizième inscription trimestrielle. Cette licence donnera seule le titre professionnel de *médecin* avec toutes les prérogatives attachées jusqu'ici au grade de docteur. 2° Le grade de *docteur en médecine*, qu'on ne pourra prendre qu'après l'obtention de la licence, ne sera plus considéré désormais que comme un grade exclusivement universitaire et ne conférera, à celui qui l'aura acquis, aucune prérogative professionnelle supérieure à celle que lui aura conféré la licence. 3° Rétablissement des examens de fin d'année, seule sanction effective des études. 4° Les Ecoles préparatoires de médecine seront compétentes pour faire passer les examens de fin d'année. Elles le seront également, mais, en ce cas, sous la présidence d'un professeur de Faculté, délégué à cet effet, pour conférer le grade professionnel de licencié en médecine. 5° Les Facultés de médecine seules auront compétence pour conférer le grade de docteur en médecine. 6° Nous ajouterons que les Facultés de médecine de Paris, Lyon, Bordeaux et Montpellier ont seules, en France, un rôle réellement utile. Toutes les autres sont nuisibles et il serait à désirer qu'on puisse les faire disparaître. Il est nécessaire, en tous cas, que l'on ne songe plus à en créer de nouvelles et que l'on se refuse à instituer des Universités régionales, en dehors de Paris, Lyon, Bordeaux et Montpellier. »

CRÉMATION. — L'incinération du citoyen Emile Rouillon a eu lieu au cimetière du Père-Lachaise, hier matin.

EXCURSION ANTHROPOLOGIQUE. — M. A. DE MORTILLET, professeur à l'Ecole d'Anthropologie, fera une excursion à Saint-Germain-en-Laye, le dimanche 14 septembre prochain. Départ de Paris (Ouest, Saint-Lazare), à 9 h. 30. — Visite du Musée des antiquités nationales. — Sablières du Pecq. Retour à Paris, 5 h. 45. On trouve des cartes au siège de l'Ecole, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine.

EAUX MINÉRALES. — Par décret du 2 septembre, est déclarée d'intérêt public la source minérale qui alimente un établissement thermal à Vic-sur-Cère (Cantal).

INFLUENZA EN ALLEMAGNE. — On signale l'apparition de l'influenza à Glogau (Allemagne). 50 hommes de la garnison de cette ville ont été atteints et transportés à l'hôpital.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Une couveuse pour enfants à Marseille.* — Il existe désormais à Marseille, au Prado et aux Allées de Meilhan, une véritable Maternité spécialement destinée à élever les *enfants nés avant terme*. Cet établissement comprend deux sections : l'une, destinée aux enfants des familles aisées (avenue du Prado, 101), payante ; et l'autre, réservée aux enfants des classes pauvres, purement gratuite (allées de Meilhan, 50). — Le service médical est confié à M. le Dr Honnorat. Les journaux de Marseille disent le plus grand bien de cet établissement dû à M. A. Lion fils ; il paraît qu'il est unique au monde. Par ce temps de dépopulation à outrance, c'était à essayer.

GRANDE ENCYCLOPÉDIE. — Tous les fumeurs voudront lire les intéressants articles sur le *Cigare* et la *Cigarette*, que M. F. BÈRE vient de publier dans la 258e livraison de la *Grande Encyclopédie*. Et comme beaucoup d'entre eux sont de fins lettrés, ils se féliciteront de trouver dans le même fascicule une belle étude sur *Cicéron*, par MM. A. WALTZ et P. SOUQUET, et une biographie extrêmement curieuse du *Cid Campeador*, par M. L. DOLFUS. Une livraison-spécimen est envoyée contre un franc en timbres-poste. H. LAMIRAULT et Cie, 61, rue de Rennes, Paris.

LES FAUX CHEVEUX. — Le consul anglais à Canton constate, dans un rapport qui vient d'être publié, qu'il a été exporté de Canton, dans le courant de l'année dernière, 80,000 livres de cheveux, pour la somme totale de 319 livres (environ 8,000 fr.). Le consul fait remarquer que ces cheveux appartenaient, pour la plupart, à des mendiants, à des criminels ou à des personnes mortes de maladies contagieuses et qu'il est au moins étrange que des femmes élégantes en Europe n'hésitent pas à s'en servir. (*Petit Provençal*).

NOMINATIONS DIVERSES. — L'exequatur a été accordé à M. le Dr Cazenave de la Roche, vice-consul du Pérou à Menton.

PROGRAMME DES PRIX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE, CHIRURGIE ET PHARMACIE DE TOULOUSE. — *Pour l'année* 1891. — PRIX JULES NAUDIN : *Histoire et critique des doctrines relatives au tétanos.* Valeur du prix : 1,500 francs, plus 200 francs pour impression. — PRIX DE Mme ADRIEN GAUSSAIL : *De l'influence des fièvres éruptives sur le développement de la tuberculose.* Valeur du prix : 1,000 francs, plus 200 francs pour impression.

Pour l'année 1892. — PRIX DE Mme ADRIEN GAUSSAIL : *Recherche d'un procédé de dosage exact et pratique des alcaloïdes dans les plantes et les médicaments qui en renferment.* Valeur du prix : 600 francs.

Médailles d'encouragement. — Indépendamment des prix ci-dessus, la Société peut décerner, chaque année, quatre médailles d'encouragement : vermeil, argent ou bronze, aux auteurs des meilleurs mémoires ou observations, à leur choix, pourvu que ces ouvrages n'aient point été imprimés ou communiqués à quelque autre Société savante (article 31 des Statuts).

Conditions générales des Concours. — Les mémoires écrits *lisiblement* en français ou en latin seront seuls admis à concourir. Ils devront être adressés *franco* à M. le Secrétaire général *avant le 1er Janvier* de l'année dans laquelle le prix doit être décerné, terme de rigueur. Ils seront accompagnés d'une épigraphe ou devise qui sera répétée sur une enveloppe cachetée contenant le nom de l'auteur. Les mémoires dont les auteurs se seraient fait connaître directement ou indirectement, ceux qui auraient été déjà publiés ou présentés à une autre Compagnie savante ne seront pas admis à concourir. Les mémoires manuscrits sur divers sujets, destinés au Concours des *médailles d'encouragement* devront parvenir *franco* à M. le Secrétaire général *avant le 1er Mars* de chaque année. Les Membres résidants de la Société ne peuvent prendre part aux divers concours. Les manuscrits des mémoires jugés par la Société deviennent sa propriété : toutefois les auteurs peuvent en faire prendre copie à leurs frais, sans déplacement, en s'adressant pour cela au Secrétaire général. La séance publique annuelle dans laquelle sont proclamés les résultats des divers concours a lieu du 1er au 15 mai.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — M. Delisle, médecin principal, passe du cadre de Brest à celui de Cherbourg ; M. Le Demmat, médecin de 2e classe, passe de celui de Cherbourg à celui de Brest ; M. Guillemart, médecin de 2e classe, de celui de Brest à celui de Lorient, M. Mage, pharmacien de 2e classe, va de Cherbourg à Toulon.

VARIOLE EN ESPAGNE. — L'épidémie de variole qui sévit à Madrid a augmenté cette semaine. A Madrid, il y a eu 56 cas et 7 décès dans une journée (6 septembre).

VACCINATIONS PUBLIQUES A MILAN. — La municipalité de Milan vient d'organiser un service de vaccinations publiques à l'école communale de Galline. Différents centres sont également établis aux extrémités de la ville pour les habitants de la banlieue. Le service, commencé le 7 septembre et affiché par toute la ville,

© ANM

fonctionnera désormais régulièrement à des jours fixés. (*Gazetta medica Lombardia*).

NÉCROLOGIE. — Voici quelques renseignements complémentaires sur le Dr COULIER, dont nous avons annoncé la mort. Le Dr Paul Coulier, ancien pharmacien inspecteur de l'armée, professeur au Val-de Grâce, commandeur de la Légion d'honneur, décédé le 23 juillet dernier, au château de Laneau (Loiret), avait débuté à l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg, en 1844-1845, où son intelligence supérieure l'avait, d'emblée, placé à la tête de sa promotion. Il eût pu être le premier partout, en médecine comme en chirurgie ; ses préférences le portèrent à opter pour la pharmacie où il put donner carrière à son goût prononcé pour la physique et la chimie, sciences dans lesquelles il a conquis un rang élevé. Ses études sur les poêles de fonte, notamment, sont restées classiques, ainsi que les expériences ingénieuses qu'il avait exécutées au cours d'un long séjour en Algérie et grâce auxquelles il a déterminé le degré d'action sur notre organisme de la chaleur solaire, selon la forme, la couleur et l'étoffe de nos vêtements. — La *Revista de Ciencias medicas* annonce la mort du Dr D. CLAUDIO ANDRÉ, professeur de chimie à l'Institut provincial de la Havane. — On annonce également la mort du Dr CAREL DE TAVIENES. — Le Dr DELIGNY (de Toul), médecin aux eaux de Saint-Gervais. — Le Dr LEBEAU, chirurgien en chef de l'hôpital des Anglais, à Blankenberghe. — Le Dr VALETTE, ancien médecin du bureau de bienfaisance de Bordeaux. — Le Dr Christian FAYE, de l'Université de Christiania, mort le 5 mai, dans sa 84e année. Professeur de médecine depuis de longues années, il a fortement contribué aux progrès de l'Université. Il eut l'honneur de fonder en 1868 l'Académie des sciences de Christiania.—Le Dr von JEBUFFY (Bukharest). Venu au Congrès international à Berlin, il y tomba malade. Il succombait la semaine dernière à l'hôpital à la suite d'une endocardite ulcéreuse. Il faisait partie de la section de Laryngologie du Congrès, dans laquelle il devait faire une communication sur la *physiologie et la pathologie des mouvements du larynx*; sa maladie l'empêcha de la faire. — Sir W.-M. HOFFMEISTER, depuis de longues années chirurgien de la Reine, du Prince de Galles et de la famille royale, a succombé à Cowes (île de Wight) à la suite d'une longue maladie. Il était médecin consultant à l'infirmerie Royale de l'île de Wight et chirurgien du Royal Yacht Squadron. — M. le Dr DUMÉNIL (de Rouen), vient de mourir subitement. Médecin distingué, le Dr Duménil était un des collaborateurs de la première heure du *Journal des Praticiens*. — Le Dr SIRY (de Paris). — Le Dr DESRUELLES (de Paris).

A CÉDER de suite clientèle médicale, dans le quartier des Champs-Elysées. Conditions avantageuses. — S'adresser au bureau du journal pour les renseignements.

Dyspepsie. — VIN DE CHASSAING. — *Pepsine.* — *Diastase.*

Phthisie, Bronchites chroniques. — EMULSION MARCHAIS.

Dyspepsie. Anorexie. — Ces états pathologiques si fréquents et qui compromettent si gravement la nutrition, sont rapidement modifiés par l'Elixir et pilules GREZ Chlorhydro-pepsiques (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.

Albuminate de fer soluble (LIQUEUR DE LAPRADE) le plus assimilable des ferrugineux (Pr Gubler). Une cuillerée à chaque repas. Chlorose et troubles de la menstruation, c'est le fer gynécologique par excellence.

Phthisie. VIN DE BAYARD à la peptone phosphatée, le plus puissant reconstituant de la thérapeutique. Une à deux cuillerées par repas.

Précieuse. Source de VALS, très efficace contre les affections du Foie et de la Vessie. (Calculs, Gravelle, Diabète, Goutte, etc.) *Prescrite par les Médecins des Hôpitaux de Paris.*

AUX BUREAUX DU *PROGRÈS MÉDICAL*
14, Rue des Carmes, 14

L'ANNÉE MÉDICALE
(DOUZIÈME ANNÉE, 1889)

Résumé des progrès réalisés dans les sciences médicales, publié sous la direction du Dr BOURNEVILLE, médecin de l'hospice de Bicêtre, rédacteur en chef du *Progrès médical*, avec la collaboration de MM. Aigre, Baratoux, M. Baudouin, R. Blanchard, F. Bottey, E. Brissaud, P. Budin, Capitan, Comby, L. Cruet, Delfau, Guinon, Isch-Wall, A. Josias, P. Keraval, Kœnig, P. Loye, A. Malherbe, P. Marie, Maunoury, Maygrier, Œttinger, R. Picqué, Plicque, P. Poirier, F. Poncet, G. Raymond, A. Sevestre, P. Sollier, Tavernier, R. Vigouroux.

Un beau volume in-18 charpentier de 460 pages. — Prix : 4 fr. ; pour nos abonnés, prix : 3 fr. ; (dans nos bureaux), par la poste, 3 fr. 50.

ŒUVRES COMPLÈTES DE J.-M. CHARCOT
Tome VII

MALADIES DES VIEILLARDS
Goutte et Rhumatisme

Un beau volume in-8° de 615 pages, avec 19 figures dans le texte et 4 planches en chromolithographie. — Prix : 12 fr. — Pour nos abonnés . . . . . 9 fr.

Recherches Cliniques et Thérapeutiques
SUR
L'ÉPILEPSIE, L'HYSTÉRIE & L'IDIOTIE
Compte rendu du Service des Enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1889
par BOURNEVILLE, SOLLIER et PILLIET
Un volume in-8° de LVI-188 pages. — Prix : 5 francs.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès Médical.

BOURNEVILLE (M.). **Rapport fait au nom de la Commission chargée d'examiner le projet de loi adopté par le Sénat tendant à la revision de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés.** Volume in-4 de 129 pages. — Prix : 4 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 3 fr.

BOURNEVILLE (M.). **Rapport sur le compte et les budgets de l'asile de Villejuif et sur la fondation Vallée.** Volume in-4 de 64 pages, avec 3 plans hors texte. — Prix : 4 fr. — Pour nos abonnés. . . 3 fr.

BOURNEVILLE, SOLLIER et PILLLIET (A). **Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie.** Compte-rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1889. (Volume X de la collection). Volume in-8 de LVI-188 pages, avec 22 figures. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés . . . . . 4 fr.

BRU (P.). **Histoire de Bicêtre** (Hospice. — Prison. — Asile), **d'après des documents historiques.** Un beau volume in-4 carré de 482 pages avec de nombreuses gravures. Dessins, fac-similé, plans dans le texte. Pièces justificatives. Avec une préface de Bourneville. — Prix : 15 fr. — Pour nos abonnés . . . . . 10 fr.

BALLET (G.) et TISSIER (P.). **Du bégaiement hystérique.** Brochure in-8 de 27 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 70 c.

SEMELAIGNE (R.) **Du restraint et du non-restraint en Angleterre.** Brochure in-8 de 38 pages. — Prix : 1 fr. 25. — Pour nos abonnés. 90 c.

SALOMON (G.). **La crémation en France (1797-1889).** Brochure in-8 de 54 pages, avec 7 figures. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés. 1 fr.

Librairie F. ALCAN, 108, boulevard St-Germain.

DELBŒUF (J.), NUEL (J.-P.) et LEPLAT. — De l'étendue de l'action curative de l'hypnotisme. L'hypnotisme appliqué aux altérations de l'organe visuel. Brochure in-8 de 32 pages, avec une planche hors texte.

RANZIER (G.). — De certaines localisations cardiaques de l'impaludisme aigu. Brochure in-8 de 34 pages.

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

COLLIN (L.). — Code manuel des médecins et pharmaciens de réserve et de l'armée territoriale. Volume in-18 de 184 pages. Prix . . . . . 2 fr. 50

Librairie A. MALOINE,
91, boulevard Saint-Germain.

ROYAL-ASYLUM (The sixty-second annual Report of James Murray's). Brochure in-8 de 32 pages, avec 12 tables. — Perth, 1889. — Young et Sons.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

© ANM

18e ANNÉE — 2e SÉRIE. T. XII. N° 38. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 20 SEPTEMBRE 1890.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MENTALE

ASILE CLINIQUE (SAINTE-ANNE). — M. MAGNAN.

Diagnostic. — Les persécuteurs-persécutés (1) ;

Leçons recueillies et publiées par MM. les Drs JOURNIAC et SÉRIEUX, médecins adjoints des Asiles d'aliénés.

SEPTIÈME LEÇON.

SOMMAIRE. — Leur parenté avec les fous moraux et les maniaques raisonnants. Manie raisonnante : Pinel, Marc, Trélat, Morel, Marcé, Falret, Campagne. C'est une exagération de la déséquilibration habituelle du dégénéré. Persécutés-persécuteurs. Lasègue en fait une variété du délire de persécution, Falret, Pottier. Ce sont des héréditaires dégénérés. Leur persévérance, leur ténacité aveugle, leurs modes divers de réaction.

Observation XIV. — Persécuteur menaçant, affiches et cartes postales injurieuses. Plaintes nombreuses.

Observation XV. — Anomalies du caractère. Persécuteur processif. Hallucinations de l'ouie passagères. Requêtes à toutes les autorités, à la Chambre des députés, aux magistrats, à la presse. Lettres injurieuses aux médecins.

Observation XVI. — Persécuteur processif. Caractère agressif. Affiches, plaintes. 3 internements.

Nous connaissons suffisamment le délire chronique pour passer en revue maintenant d'autres formes mentales qui en revêtent parfois les apparences, tout en étant de nature complètement différente. Occupons-nous d'abord des plus intéressants de ces malades, des *persécutés-persécuteurs*.

Ces malades sont des héréditaires dégénérés qui se présentent au clinicien sous un aspect nouveau, et avec une physionomie toute spéciale. Ils tiennent par certains côtés de la folie morale et souvent aussi, pendant des phases d'excitation, ils deviennent des maniaques raisonnants ; mais, néanmoins, ils présentent un ensemble de caractères très tranchés qui permettent d'en faire un groupe à part.

Je vais donc, avant d'étudier ces persécutés-persécuteurs, esquisser rapidement la *manie raisonnante*. La manie raisonnante, la folie morale sont des termes qui servent habituellement à désigner les mêmes états morbides. Quelques auteurs, M. Campagne en particulier, font de la manie raisonnante une espèce pathologique distincte ; d'autres, et notamment Legrand du Saulle, la considèrent comme un syndrome pouvant appartenir à plusieurs maladies ; d'autres enfin, avec M. Falret, ne regardent la folie raisonnante ni comme une espèce, ni comme une variété de maladie mentale, mais comme un complexus clinique dans lequel ont été confondus des états très différents que l'on doit séparer en plusieurs catégories distinctes. Vous le voyez, les avis sont différents, les opinions divergentes, la confusion est grande et vous vous ferez aisément une idée de la difficulté en vous reportant en arrière et en jetant un coup d'œil sur les différents travaux publiés sur ces états raisonnants.

De tout temps, des médecins ont remarqué que des sujets à intelligence lucide pouvaient commettre des actes de folie, et Müller, par exemple, décrit une mélancolie sans délire ; mais, jusqu'à Pinel, ces observations restèrent isolées. Pinel (1), le premier, a insisté sur ces faits et il a créé la *manie sans délire*, ce que l'on appelle, ajoute-t-il, dans plusieurs passages de son livre, la folie raisonnante.

C'est, en effet, le nom sous lequel les infirmiers, les surveillants désignaient les aliénés qui, tout en n'ayant pas de lacunes dans le raisonnement, se livraient néanmoins à des actes violents.

La manie sans délire de Pinel réunit des faits très disparates ; tout sujet à apparences normales, commettant des actes extravagants, rentre dans ce groupe. Certaines observations de Pinel se rapprochent de la folie morale, telle est la suivante :

« Un fils unique élevé sous les yeux d'une mère faible et indulgente prend l'habitude de se livrer à tous ses caprices, à tous les mouvements d'un cœur fougueux et désordonné ; l'impétuosité de ses penchants augmente et se fortifie par le progrès de l'âge, et l'argent qu'on lui prodigue semble lever tout obstacle à ses volontés suprêmes. Veut-on lui résister, son humeur s'exaspère ; il attaque avec audace, cherche à régner par la force ; il vit continuellement dans les querelles et les rixes. Qu'un animal quelconque, un chien, un mouton, un cheval, lui donnent du dépit, il les met soudain à mort. Est-il de quelque assemblée ou de quelque fête, il s'emporte, donne et reçoit des coups, et sort ensanglanté ; d'un autre côté, plein de raison lorsqu'il est calme, et possesseur, dans l'âge adulte, d'un grand domaine, il le régit avec un sens droit, remplit les autres devoirs de la société et se fait connaître même par des actes de bienfaisance envers les infortunés. Des blessures, des procès, des amendes pécuniaires avaient été le seul fruit de son malheureux penchant aux rixes ; mais un fait notoire met un terme à ses actes de violence : il s'emporte un jour contre une femme qui lui dit des invectives, et il la précipite dans un puits. L'instruction du procès se poursuit devant les tribunaux, et, sur la déposition d'une foule de témoins qui rappellent ses écarts emportés, il est condamné à une réclusion dans l'hospice des aliénés de Bicêtre. »

Il est d'autres cas rapportés également dans le traité médico-philosophique, celui, par exemple, intitulé : « manie sans délire marquée par une fureur aveugle » qu'il est difficile de considérer comme une manie raisonnante. Enfin, le malade, qui, délivré comme victime de l'ancien régime par une troupe d'hommes armés, s'empare, au sortir de Bicêtre, du sabre de l'un d'eux et frappe ses libérateurs, ne semble guère être un raisonnant.

De violentes critiques se sont élevées contre cette manie sans délire, et Griesinger est allé jusqu'à dire qu'elle avait été créée pour le malheur de la science. Ce jugement est assurément trop sévère, et Pinel a rendu, au contraire, un grand service en rangeant dans le cadre de la folie, c'est-à-dire parmi les irresponsables, un certain nombre de malades qu'on avait considérés jusqu'alors comme des individus vicieux et pervers et sur lesquels s'appesantissaient toutes les rigueurs de la justice.

C'est ce que pensait déjà Marc, lorsqu'après avoir rappelé les erreurs judiciaires dont étaient victimes ces aliénés raisonnants il rend un pompeux hommage à

(1) Voir *Progrès médical*, nos 22, 36, 37 49, et 50, 1889, et nos 7 et 22, 1890.

(1) *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* (1802-1809, 2e édition).

© ANM

Pinel. (*De la folie considérée dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires*, 1840).

Esquirol, classant ses monomanies d'après le trouble prédominant d'une faculté, arrive à faire entrer les manies sans délire de Pinel dans ses différents groupes de monomanie.

Marc décrit les faits indiqués par Pinel sous le nom de *monomanie impulsive* ou *instinctive*. Il admet, en outre, une *monomanie raisonnante* synonyme pour lui, de monomanie avec actes raisonnés et motivés par le délire. Chez les premiers, aucun raisonnement ne précède les actes dits instinctifs, automatiques ; chez les autres, l'acte est la conséquence d'une association d'idées. Par exemple, le monomaniaque qui attente à la vie de quelqu'un parce que, voulant mourir et n'ayant pas le courage de se donner la mort, il veut se faire condamner, est un fou qui n'agit pas par impulsion instinctive, mais qui raisonne l'acte qu'il commet. Il en est de même du monomaniaque auquel une hallucination fait entendre des propos insultants et qui, pour se venger, attaque la première personne qui se présente à sa vue. Ce sont là assurément des faits d'un ordre tout différent, et la monomanie raisonnante de Marc ne correspond pas du tout à ce que Pinel et Esquirol ont appelé folie raisonnante.

Pritchard la considère comme une folie à part, sous le nom de *folie morale* (*moral insanity*) ou de folie du caractère ; elle n'est ni la monomanie avec ses conceptions délirantes déterminées, ni la mélancolie avec sa tristesse, ni la manie avec sa grande excitation et son incohérence, ni la démence, ni l'imbécillité avec ses facultés diminuées ou nulles. Scipion Pinel (1) comprend la manie raisonnante dans l'ordre des affections mentales caractérisées par la lésion des penchants et des instincts. Guislain décrit différents types de manie, et, entre autres, les formes tranquille, raisonnante, astucieuse, malicieuse, tracassière, qui peuvent se rattacher à la manie raisonnante. Pour Brierre de Boismont, c'est une folie d'action ou un *délire des actes;* pour Billod, ces malades sont bien plus raisonneurs que raisonnants, et la maladie revêt bien plus le caractère de la lypémanie que celui de la manie. Trélat, en 1861, montre dans son traité sur la *folie lucide* une série de tableaux admirablement tracés d'aliénés qui ne paraissent pas fous parce qu'ils s'expriment avec lucidité, mais il évite tout essai de classification naturelle en les rangeant par groupes purement symptomatiques.

Morel ouvre une ère nouvelle en rattachant la folie raisonnante aux folies héréditaires et en faisant ressortir le lien étroit qui l'unit, dans la succession des générations, à l'imbécillité et à l'idiotisme, c'est-à-dire aux dégénérescences. C'est pour lui un délire des sentiments et des actes avec conservation des facultés intellectuelles. Marcé se fait une idée assez juste de ces états raisonnants et ne croit pas à une entité pathologique distincte ; tous ces faits se rangent pour lui en deux catégories. Ce sont des états congénitaux dont on retrouve des traces dès la première enfance et qui peuvent être légitimement rattachés à l'imbécillité ou à des états anormaux de l'intelligence consécutifs à des accès antérieurs de folie et se rapprochant de l'excitation maniaque.

Lors de la discussion qui eut lieu à ce sujet à la Société médico-psychologique, M. Falret, après avoir rappelé combien était complexe l'état morbide désigné sous le nom de folie raisonnante, s'est efforcé de démontrer qu'elle n'est qu'un état symptomatique observé dans des formes ou dans des périodes de maladies très différentes, telles que : 1° La période d'exaltation maniaque qui précède le stade mélancolique de la folie à double forme. 2° La première période de la paralysie générale. 3° La folie hystérique. 4° L'hypochondrie morale avec conscience. 5° L'aliénation partielle avec prédominance de la crainte du contact des objets extérieurs.

M. Campagne, dans son traité sur la manie raisonnante, publie douze observations fort intéressantes, et regarde avec juste raison tous ses malades comme des héréditaires. Il s'efforce de séparer de cette maladie des états raisonnants qui en sont tout différents, mais il a le tort de considérer comme une entité pathologique une phase, un épisode de l'histoire morbide du malade.

Pour nous, ces maniaques raisonnants sont des héréditaires dégénérés chez lesquels nous constatons comme toujours le défaut d'équilibre psychique commun à tous ces malades. Lorsque chez ces déséquilibrés survient un certain degré d'exaltation des facultés intellectuelles, ils s'excitent tout en restant lucides, ils montrent une activité très grande en pensées et en paroles, suractivité dont ils n'ont pas conscience. Toutes les facultés sont en effervescence, une foule de souvenirs depuis longtemps oubliés reviennent à l'esprit ; ils récitent des vers, des pages entières des classiques. L'association des idées se produit avec une rapidité extrême, mais la réflexion, l'attention font défaut, le jugement est faussé. Leur imagination très active forme de nombreux projets.

Ils demandent des audiences auprès des personnages en vue, font des listes de souscription, et, grâce à leur activité, à leur merveilleux aplomb, arrivent parfois à convaincre ceux qui les écoutent. La manie raisonnante est donc, en résumé, un état d'exaltation que présentent les facultés intellectuelles déséquilibrées des dégénérés, exaltation accompagnée d'inconscience; c'est un simple costume que prend le dégénéré et non une maladie spéciale. Bien différente de la manie ordinaire, elle se distingue aussi du délire des dégénérés. C'est un trait d'union entre l'état mental ordinaire de ces derniers et leur état délirant. Ajoutons qu'ils commettent parfois des excès de boissons, qu'ils peuvent avoir de l'inégalité pupillaire et que la confusion est alors possible avec la paralysie générale à la première période.

Si, au contraire, c'est le défaut d'équilibre du moral qui s'accuse, si les perversions augmentent, deviennent inconscientes, on a la folie morale. Manie raisonnante et folie morale ne sont donc que des modifications de l'état mental spécial des dégénérés. Les persécutés-persécuteurs que nous allons maintenant étudier présentent de temps à autre des périodes d'exaltation maniaque qui souvent contribue au succès de leurs plaintes incessantes ; mais leur caractère spécial est une persévérance et une ténacité qui les distinguent nettement des maniaques raisonnants. Ces persécutés-persécuteurs avaient été entrevus par Lasègue qui, ainsi que nous l'avons déjà dit, les avait compris tout d'abord dans le délire de persécution ; mais plus tard, il avait remarqué parmi quelques-uns de ces persécutés un certain air de famille qui les distinguait des autres malades du groupe. C'est surtout à l'occasion du procès Teulat, l'amoureux de la princesse de B..., que Lasègue fit ressortir quelques-uns des caractères des persécutés-persécuteurs, mais sans reconnaître toutefois les liens qui les unissent aux héréditaires, il en faisait simplement une variété du délire de persécution.

M. Taguet, dans un mémoire sur « *les aliénés per-*

(1) *Traité de pathologie cérébrale*, 1844.

© ANM

sécuteurs » (*Annales médico-psychologiques*, 1877), a cité plusieurs observations de ce genre, mais sans s'arrêter à la nature même de la maladie. Krafft-Ebing avait également fait allusion à quelques-uns de ces malades dans ses aliénés processifs (*Paranoia querulens*), mais c'est M. J. Falret, le premier, qui a fait observer, dans la discussion sur les aliénés raisonnants, que les persécuteurs appartenaient à ce groupe. Les idées de M. Falret sur ce sujet ont été exposées avec détail en 1886 dans la thèse d'un de ses élèves, M. Pottier (*Etude sur les aliénés persécuteurs*).

Nous avons eu nous-même l'occasion de revenir à plusieurs reprises sur cette catégorie de malades que nous rattachons, comme M. Falret, à la folie héréditaire, au groupe des raisonnants. Parmi ces malades vous connaissez Sandon, Teulat, l'abbé Paganel, l'abbé Cotton et Mariotti, devenus en quelque sorte historiques par les vives polémiques et les procès qu'ils ont provoqués. Nous avons vu ici Teulat, l'abbé Cotton, Mariotti ; ces deux derniers, par un procédé différent, avaient voulu attirer l'attention, l'un, par la bizarrerie de son costume, et, de fait, il avait assez bien réussi ; l'autre, par un coup de revolver, au moment du passage de la voiture de M. de Freycinet ; depuis, devenu plus actif, il a fait à Bicêtre, où il est placé, une tentative de meurtre sur son médecin, notre distingué collègue, le Dr Deny. Enfin, mes deux persécuteurs actuels, très différents par l'éducation et l'instruction, mais identiques, coulés dans le même moule, par leurs idées délirantes. Placés à l'asile à la suite d'excitation, de scandale, d'actes notoirement déraisonnables, tous deux récriminent contre leur séquestration et réclament impérieusement la rétractation écrite du jugement porté sur leur état mental. Tous deux m'accusent de complaisance criminelle. D..., l'employé de la ville, orgueilleux persécuteur, prétend que j'ai cédé à l'influence d'une puissance occulte ; j'ai voulu couvrir mon confrère de la Préfecture de police et aussi obéir aux injonctions du pouvoir qui redoute son influence politique. L'autre, plus modeste, prétend que j'ai maintenu sa séquestration pour protéger les huissiers et les commissaires de police. Tous deux posent ce dilemme : ou bien les médecins sont des ignorants, puisqu'ils reconnaissent aliénés des hommes non seulement sains d'esprit mais fort intelligents, ou bien ils sont des criminels trafiquant honteusement de leur conscience. Tous deux s'adressent à des journalistes, et l'un, le déménageur, obtient un article un peu pâle : « *Une grave affaire* » ; l'autre, l'employé de la ville, fournit de nombreuses notes pour une longue diatribe contre les Bastilles modernes, sous le titre : « *Un crime inouï* » ; mais ce pamphlet soulève des discussions dans les journaux, et D..., qui ne veut pas passer pour fou, est l'objet, pendant huit jours, de longs commentaires sur ses paroles et ses actes délirants. Cette première escarmouche ne donnant pas les résultats qu'ils attendaient, ils poursuivent leurs attaques. L'un, le déménageur, va droit au but et, après avoir écrit des lettres un peu vives au Procureur de la République et au Préfet de police, il a recours au procédé diffamatoire et public de la carte postale et de l'affiche pour injurier grossièrement ou menacer le médecin.

Obs. XIV. — Edme M... a toujours été bizarre, extravagant : il a fait plusieurs métiers, marchand de vins, déménageur, sergent de ville. A la suite d'une faillite, il s'est persuadé que les huissiers avaient dirigé contre lui une fausse procédure ; depuis il veut obtenir justice, lit des livres de droit, porte des plaintes nombreuses aux pouvoirs publics, poursuit de ses menaces des huissiers, à qui il reproche d'avoir signé de faux actes. Enfin, il s'attaque aux magistrats, adresse des écrits insultants au commissaire de police et menace de se rendre justice lui-même. Ses excès alcooliques augmentent son excitation et il est interné en juin 1885.

Après sa sortie des asiles, il poursuit avec acharnement les médecins, écrit au Préfet de police pour lui dénoncer leur conduite : « Ils ont agi, dit-il, sous un certain ordre. » Au procureur de la République il écrit : « Prenez garde, M. le procureur, je ne suis pas du tout disposé à me laisser séquestrer de nouveau, il va vous incomber une grave responsabilité. »

Dans son quartier, il affiche des placards contre le commissaire de police ; il va jusqu'à coller des affiches manuscrites sur les murs de Sainte-Anne. Il envoie à Legrand du Saulle et à nous-même une grande quantité de cartes postales, injurieuses et menaçantes. Certains mots sont écrits à l'encre rouge et soulignés trois fois.

L'autre, l'employé, est plus méthodique ; il s'adresse aux tribunaux, mais, débouté de sa plainte, il vise plus haut et porte à la Chambre des députés une première pétition, à laquelle la Commission, après une enquête sommaire, ne donne aucune suite. D... ne se décourage pas et six semaines après il adresse une deuxième pétition à la Chambre avec *demande en réhabilitation*. La seconde pétition n'ayant pas plus de succès que la première, il tourne ses batteries de mon côté et je vous ai fait voir la singulière carte qu'il m'a envoyée dans une enveloppe tout aussi bizarre ; il y a peu de jours, c'est encore une lettre recommandée qui, sauf la forme, ne diffère guère, comme arguments, de celles que m'envoie le déménageur.

Obs. XV. — D..., âgé de trente ans, entre le 8 janvier 1885. Renseignements douteux sur les antécédents héréditaires. Sa mère aurait été folle. Caractère triste, soupçonneux. D'après ses amis, il a été bizarre, extravagant dès sa jeunesse. Fils d'un menuisier, il a d'abord été apprenti chez son père, puis employé dans une Compagnie d'assurances ; ensuite engagé volontaire pendant cinq ans, il a pu arriver au grade de sous-officier. Pendant son service militaire, il était fantasque, s'exaltant sans motifs ; on le considérait comme un fou. Il dormait peu, passait quelquefois une partie des nuits à écrire, parfois il se levait, parcourait la chambre, venait, sans rien dire, regarder dans les yeux ses camarades. Il fut condamné à quinze jours de cellule pour diverses extravagances. Il prétendait que ses chefs lui en voulaient, et plusieurs fois il a manifesté des craintes d'empoisonnement. Il a subi plusieurs punitions assez sérieuses ; une fois, entre autres, pour avoir poursuivi de ses obsessions une jeune fille dont le père vint se plaindre au colonel. Il fit une autre fois un rapport contre un de ses officiers, qui lui valut quinze jours de prison. Cet acte donne déjà une idée de son vrai caractère ; très méticuleux, très pointilleux sur ce qu'il considère comme le devoir des autres, moins scrupuleux pour lui-même. Il dit cependant dans une pétition qu'il adresse plus tard à la Chambre : « Je ne pourrais jamais, fût-ce pour tout « l'or du monde, jouer le rôle exécrable de délateur, mais « j'estime que les fonds de l'Etat étant chose sacrée, tout « citoyen a pour devoir de participer au contrôle de ces fonds « pour mesure d'intérêt public. » Cette citation montre déjà combien ce malade oublie facilement ses fautes et combien, au contraire, il est prêt à relever celles des autres, à se considérer comme un justicier dont le rôle social est considérable. C'est bien le type de redresseur de torts, si fréquent chez les persécutés-persécuteurs. De 1878 à 1882, il est employé au chemin de fer à Tours. Il quitte son emploi pour échapper aux sarcasmes et aux moqueries. Sa femme, prétend-il, se conduisait mal, et dans les promenades, des jeunes gens se moquaient de lui et faisaient allusion à ses malheurs de ménage. Il ne connaissait d'ailleurs pas ces individus, mais ceux-ci le regardaient, et il comprenait bien ce que cela voulait dire. A partir de ce moment, il mène une vie misérable. Chargé par commisération,

© ANM

par M.D.., du recouvrement des cotisations de deux Sociétés de secours mutuels, il soupçonne son bienfaiteur de vouloir lui nuire, parce qu'il s'est occupé de politique. Au lieu de porter lui-même les sommes qu'il a recouvrées, il les envoie par la poste, employant une partie de son maigre salaire à recommander les lettres. Le trésorier l'engage plusieurs fois à venir directement chez lui, mais il n'en fait rien : c'était, disait-il, pour avoir en main les reçus authentiques de la poste. Néanmoins et contrairement à ce que pouvait faire prévoir tant de scrupules, il s'approprie des sommes qu'il devait déposer et il est poursuivi pour escroquerie. Par une contradiction étrange, mais dont ces malades sont coutumiers, lui, si pointilleux, si méticuleux pour les autres, il n'admet pas qu'il ait eu tort de s'approprier sans prévenir des sommes qu'il était chargé de recouvrer. Il prétend que les poursuites dont il est l'objet ne sont qu'un chantage, « ce sont des manœuvres de D... et consorts, probablement payés pour agir ainsi. »

Trois mois avant son admission à Sainte-Anne, il entre comme auxiliaire dans un des bureaux des travaux de la ville. Bientôt il devient triste, morose, taciturne, parle seul, s'enferme, bouleverse des dossiers, annote des feuilles contrairement aux usages, s'exalte et finalement menace ses collègues, faisant le simulacre de leur couper le cou avec un couteau à papier. Le chef de bureau lui conseille de se reposer quelques jours. Le lendemain, il revient de très bonne heure, demande à parler au chef, ferme les portes et ne veut laisser entrer personne avant qu'il ne l'ait vu. Il s'excite ; bref, il cause un tel scandale que, pour éviter un accident, on l'invite à aller voir le chef qui l'attend, lui dit-on, à son restaurant et on l'accompagne à la Préfecture de police, où il est soumis à l'examen de Legrand du Saulle. A son arrivée à Sainte-Anne, il est sombre, méfiant et refuse de répondre ; il demande à sortir, sa place n'est pas ici. Dans une lettre adressée au directeur de Sainte-Anne, il s'exprime ainsi : « Si je fus amené par suite d'influences occultes, c'est à moi qu'il appartient d'en remonter à la source pour sauvegarder et mon existence et les intérêts des miens. » Dans ses lettres il parle à chaque instant des malades répugnants auprès desquels il se trouve et cependant il était placé parmi les malades tranquilles. Au bout de quelques jours, il raconte qu'il avait à se plaindre de ses jeunes collègues qui, pendant qu'il travaillait, le narguaient et l'appelaient « officier prussien ». Transféré à Bicêtre, il passe ensuite à Mazas, « le parquet, dit-il, voulant sauvegarder la réputation des médecins, le déshonorer lui-même et étouffer sa voix. Les magistrats, ajoute-t-il, escamotèrent la discussion au tribunal. »

Mis en liberté, il entreprend une campagne ardente contre tous ceux dont il a eu à se plaindre ; il envoie lettres sur lettres au procureur de la République, au président de l'Académie de médecine, au ministre de la justice, aux journaux qui publient son histoire sous le titre de « Crime sans nom ».

Ce sont surtout les médecins des asiles où il a passé qu'il poursuit de sa haine. Il adresse une pétition à la Chambre des députés en nov. 1885. Le rapporteur de la Commission des pétitions ayant, « dans des conclusions hâtives, » dit D..., proposé de ne lui donner aucune suite, il adresse une deuxième requête en décembre avec ce titre : *demande en réparation d'un préjudice indûment causé*. C'est un véritable réquisitoire contre les médecins qui l'ont examiné et un panégyrique de son caractère, de son existence tout entière.

Cette pétition, très longue, fourmille d'inexactitudes, de contradictions. Avec des apparences de précision, de vérité, il indique exactement les dates, décrit les événements, mais il dénature les faits et les citations de prétendus interrogatoires. Néanmoins, ce document est intéressant, parce qu'il révèle ses préoccupations pénibles, ses soupçons, ses idées de persécution et aussi sa vanité, son orgueil, et qu'il fournit la mesure de la haute idée qu'il a de sa mission. Il passe d'ailleurs très légèrement sur les faits qui ne lui sont pas favorables. A chaque instant son orgueil se montre en des phrases typiques : « Aucun peut-être ne porta plus haut que moi le point d'honneur. J'ai laissé des traces ineffaçables dans mon régiment ; la carrière des armes s'ouvrait assez brillamment devant moi. »

Il accuse le Parquet de complaisance pour les aliénistes et « puisque le procureur de la République, s'écrie-t-il, n'a pas cru devoir réclamer, du haut de son siège, un châtiment pour les coupables, je viens, aujourd'hui, seul, inspiré par l'ardent amour que je porte au culte de la vérité et à la grande cause de la justice et du droit, réclamer, etc.» Il considère les sept certificats médicaux comme sans valeur contre lui, mais « comme devant être considérés néanmoins, en cour de justice, comme pièces à conviction d'un crime, qui, après avoir reçu un commencement d'exécution, ne fut pas entièrement perpétré, par suite de circonstances complètement indépendantes de la volonté de leurs auteurs. » Il discute la décision prise envers lui, tant au point de vue médical qu'au point de vue légal. Il « affirme hautement, avec la plus mâle énergie, qu'il a couru les plus grands dangers dans les asiles et qu'il aurait pu devenir fou. » Chemin faisant, il fait le procès de la « monstrueuse » loi de 1838. « C'est une arme terrible, s'écrie-t-il, en parlant des certificats dont il a été l'objet, que certains hommes ont entre les mains, et dont ils seront toujours à même de se servir contre moi, au cas où ils jugeraient nécessaire une seconde séquestration. »

Cette pétition ayant eu le même sort que la première, le malade s'adresse à la *Société protectrice des citoyens contre les abus* ; il expose sa séquestration, dans une réunion à laquelle il nous convoque. Il demande l'assistance judiciaire « pour suivre, contre nous et le personnel du service, une action en justice », exige des dommages-intérêts. En même temps, il nous poursuit de réclamations incessantes afin d'obtenir un certificat de sortie, nous accable de lettres chargées souvent injurieuses et qu'il signe :

D...., auteur du projet de loi spécial 12,014, sur la mobilisation de l'armée. Voir le *Journal officiel*, n° 300, en date du 5 nov. 1886. — Paris, 2 germinal, an 96. Ou encore : D..., attaché de ministère. Ses cartes de visite sont également singulières ; sur l'une, il fait suivre son nom de ce titre : « Citoyen de la République française » ; une autre porte sous son nom les lignes suivantes : « Publiciste, ancien président, commandant d'armes au Comité de résistance au Seize Mai, dans le département de Maine-et-Loire. Dans les angles de la carte, se trouvent les lettres suivantes : H. W. D. R. P. Il n'est pas d'autorités qu'il n'ait fatiguées de ses plaintes : députés, ministre de la justice, procureur de la République, grand chancelier de la Légion d'honneur, etc....

Un troisième malade est F..., persécuteur du maire et de l'adjoint d'une commune de Seine-et-Oise ; c'est un dégénéré qui n'a jamais pu s'occuper régulièrement, qui s'excite facilement sous l'influence d'excès alcooliques et qui a subi de nombreuses condamnations pour injures, menaces et coups. Enfermé une première fois dans un asile, en 1886, et trouvant que les injures ne sont pas suffisantes, il se décide à faire connaître toute son histoire par voie d'affiches manuscrites et vient placarder sur les murs de Paris un long factum contre le maire et contre les juges qui l'ont plusieurs fois condamné. Il se fait arrêter au moment où il collait son immense affiche à l'entrée du Corps législatif. Son affaire, dit-il, fera autant de bruit que celle de Wilson, il veut aller en justice et faire la preuve des faits qu'il avance. Il est interné une seconde fois en 1887, et une troisième en 1888. Vous l'avez vu très ferré sur le Code, ayant, dit-il, appris par cœur les articles qui se rattachent à son affaire, et il a été heureux de saisir l'occasion de réciter encore une fois la fameuse affiche, qu'il s'est donné la peine de copier déjà 150 fois. (Il ne met pas moins de trois heures à la transcrire).

Obs. XVI. — F... (Charles), 35 ans, entré le 17 novembre 1887. Fils d'un père ivrogne, il présente une conformation vicieuse du crâne et une légère blésité. Durant l'enfance, oreillons; pas d'autres maladies. Bonne instruction primaire facilement acquise. Part pour le régiment en 1871, va en Cochinchine,

© ANM

revient sans galons après avoir été cassé du grade de caporal. A son retour (1876) travaille deux mois chez le successeur de son père et, ne voulant rester domestique là où il avait été maître, se fait cocher de fiacre jusqu'en 1880 ; il retourne alors près de sa mère infirme. Il travaille comme bûcheron ou terrassier. En 1879, se croyant frustré dans une succession, il fait écrire à des oncles des lettres de menaces à propos du règlement des biens de son père, mort en 1872. Il frappe un de ses parents et il est condamné à 6 mois de prison. En 1881, un chef de gare aurait dit, le voyant traverser la voie devant un train : « Quel est donc ce sale voyou ? » A quoi il aurait répondu : « Tu es un cochon habillé en chef de gare. » Coups de canne de celui-ci, riposte de F..., qui lui casse un manche à balai sur le dos. Finalement, disgrâce du chef de gare (?) et 3 mois de prison pour F... Il se figure que le maire se complaît à faire courir le bruit que sa condamnation lui enlève ses droits électoraux jusqu'en 1884 ; il se met alors à étudier le Code et écrit au Procureur de la République qui lui fait aussitôt délivrer une carte électorale. A cette époque il ne connaît encore que fort peu le maire et son adjoint, chez lequel il travaille de temps à autre. La femme de l'adjoint venait chez sa mère et calomniait, dit-il, toutes les autres femmes, alors il lui conseille de jeter un coup d'œil sur sa vie passée et les mœurs présentes de sa fille. En 1884, au maire qui vient, dit-il, prendre sa voix, il répond par des invectives, persuadé que c'est lui qui, durant 4 ans, l'a privé de ses droits électoraux, il lui fait de l'opposition, il lui reproche d'avoir été commis-architecte chez H..., accusant celui-ci d'avoir tripoté en faisant acheter des terrains par ses commis, etc. Il se figure ensuite que le maire, trop lâche, confie sa vengeance à l'adjoint ; aussi, après des injures, est-il de nouveau arrêté en avril 1885 et un mois après envoyé à l'asile de Clermont (Oise), où on le garde 33 jours. Aux élections d'octobre 1885, la liste radicale ayant passé, il croit que le maire réactionnaire lui attribue ce succès et lui en veut. « Je devais payer cela, » aussi en janvier 1886 un juge, B..., qu'il prétend être réactionnaire, le condamne de nouveau à 3 mois de prison, bien qu'ayant instruit son affaire « sans preuve et sans témoin, » parce qu'il avait appelé c... l'ignorante et crasseuse « brute qui lui servait d'adjoint. » Il est condamné de nouveau, pour injures, en mars 1886, à 6 mois de prison. Aussitôt sorti, en octobre, il s'empresse d'afficher, partout où il le peut, les faits ci-dessus exposés. On lui dressa pour cela plusieurs contraventions. « Jamais, dit-il, on n'osa me poursuivre. » Il continue à diffamer le maire, et devient violent quand il a « bu un coup de trop. » Ayant frappé et jeté à la porte le garde champêtre, « mouchard du maire, » il est de nouveau condamné à un mois de prison. Le maire ne l'insulterait pas, dit-il, mais lui ferait dire, de loin, des injures par son adjoint. Depuis octobre 1886 il s'empresse, chaque fois qu'il en trouve l'occasion, de coller des affiches conformes à celles qu'il a écrites ici. Il voudrait qu'on lançât son affaire qui ferait, dit-il, autant de bruit que celle de Wilson.

Depuis sa sortie de prison, il aurait dans sa commune collé en des lieux bien en vue plus de 150 affiches. Il collait son affiche à la Chambre des Députés, il y a deux jours, quand un agent le prie de le suivre ; le commissaire lui demandant des éclaircissements, il lui reconnaît le droit de le faire arrêter et de lui dresser contravention, mais c'est tout. Quant à ce qui concerne le contenu de l'affiche, il ne le discutera que devant le juge d'instruction. Il espère aller en justice où il exposera ses griefs et en fera la preuve.

Le jour de son arrestation il avait déjà collé 6 affiches : Une au Crédit Foncier de France (dont le maire est membre du Conseil d'administration) ; deux à l'Hôtel de Ville ; deux au Palais de Justice, une à la Chambre des Députés. Ces affiches ont le format grand couronne à 6 centimes la feuille.

Chaque fois qu'il en collait une, il achetait pour un sou de colle qu'il laissait au pied du mur, une fois même il en voulut barbouiller un agent. Il espère qu'en cas de contestations MM. Laguerre ou Vergoin le défendront.

Il réclame sans cesse contre son internement soi-disant arbitraire. Sa mémoire est excellente : il cite par cœur des articles du code et récite ses affiches.

Le malade, sorti de Ville-Evrard en mai 1888, ne tarde pas à entrer à Ste-Anne pour la 3e fois. Il avait fait le pari de toucher la main de son prétendu persécuteur, il se rend donc chez lui, lui touche la main, et M. R... se retire, dit-il, le laissant seul. Quelque temps après il affiche un placard injurieux à la porte du Crédit Foncier où se rend M. R... pour ses occupations. Assigné à la 11e chambre, il demande que l'on appelle M. R... comme témoin, « il faut, dit-il, qu'il lui dise son affaire en public. » Il est arrêté, trouvé couché sur la voie publique et porteur d'un revolver. Actuellement, il est toujours convaincu qu'il est une victime, qu'il a subi une séquestration arbitraire : il s'imagine qu'on lui a fait remettre de la part du maire et comme indemnité une somme de 5 800 fr. qui lui revenait en réalité de l'héritage paternel. Malgré l'affirmation de sa mère, il ne se laisse pas convaincre et persiste dans son interprétation erronée.

Voici quelques passages de son affiche :

« Le 20 juin 1880, je suis allé habiter V... Sitôt arrivé dans cette commune, je me fis inscrire à la mairie comme électeur. Le nommé R..., maire de ladite commune, chevalier de la Légion d'honneur (grâce à sa complicité dans les vols de la bande H..., dont Wilson et Cie ont repris les très propres affaires), tripoteur d'affaires véreuses et voleur de grande expérience, trouva que, n'étant pas réactionnaire, je n'étais pas digne de voter dans la commune dont il est le plus bel ornement (le malade avait déjà subi 2 condamnations) ..... Autant ce sale oiseau avait été hautain et insolent, autant il fut plat et rampant, car il eut l'impudence de venir lui-même mendier ma voix ; mon vote et ma propagande le soufflètèrent comme il le méritait. Trop lâche pour se venger lui même, il chargea de ce soin son adjoint, paysan idiot, d'une ignorance crasse et orné d'une femme et d'une fille qui feraient les délices d'une maison de tolérance..... Si maire, adjoint, conseil municipal, magistrats osent démentir une seule de mes assertions, je tiens à leur disposition les preuves irréfutables de ce que j'avance, et je termine en vous demandant, citoyens, si un gouvernement qui soutient pareille fripouille ne mériterait pas un solide coup de balai. »

CONDAMNATION D'UN PHARMACIEN POUR SUBSTITUTION DE LA NAPHTALINE AU NAPHTOL. — Au mois de mai dernier, deux médecins de Grenoble, donnant leurs soins à un étudiant en médecine atteint d'une fièvre typhoïde grave, se sont aperçus que M. X., pharmacien à Grenoble, avait substitué de la naphtaline au naphtol β prescrit. L'ordonnance portait 50 centigrammes de naphtol et autant de salicylate de bismuth par cachets médicamenteux. Or les cachets fournis en renfermaient chacun beaucoup moins et répandaient une odeur caractéristique de naphtaline. Le malade a été sérieusement incommodé ; il se plaignait d'un goût atroce de gaz d'éclairage et a été pris de vomissements après l'absorption de chacun des cachets. Sur la plainte portée par nos confrères, au nom de l'Association des médecins de France, section de l'Isère, le Parquet a poursuivi le pharmacien et voici le jugement rendu par le tribunal correctionnel de Grenoble, le 13 août 1890 : « Attendu qu'il est constant que le prévenu C.... a substitué de la naphtaline au naphtol β prescrit par des ordonnances du docteur en médecine traitant M. I..., de son vivant interne à l'hôpital ; Attendu qu'il n'y a pas lieu de s'arrêter aux moyens de défense invoqués par C... qui dit que son élève a exécuté, seul, les ordonnances subvisées, car il est de jurisprudence que, seul, le pharmacien peut, en la matière, être responsable et que, d'autre part, l'inculpé ne peut arguer de sa bonne foi en cette cause ; Considérant qu'il y a lieu de réprimer de semblables agissements qui sont de nature à porter de graves atteintes à la santé publique, etc... Par ces motifs, le tribunal condamne C.... à cinq cents francs d'amende et aux dépens, et fixe au minimum la contrainte par corps.

LES SAGES-FEMMES SEPTIQUES EN PRUSSE. — Le tribunal correctionnel de Bochum vient, paraît-il, de condamner à trois ans et demi de prison une sage-femme qui, malgré la défense faite par le médecin et signifiée par l'administration d'exercer sa profession pendant un certain temps, à la suite d'une série d'accidents puerpéraux imputables à sa négligence, a continué de pratiquer des accouchements dans les mêmes conditions et a, ainsi, provoqué la mort d'une personne et mis en grand danger la vie d'une autre.

© ANM

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Statistique des Étudiants dans les Facultés et Ecoles françaises (*Section scientifique*).

Voici quelques renseignements statistiques sur les Etudiants français et étrangers qui ont fréquenté nos Facultés des sciences, nos Ecoles et Facultés de médecine et de pharmacie, pendant l'année scolaire 1889-90.

Le nombre total des étudiants inscrits, relevé au 15 avril 1890, s'élevait à 16,391 (15,120 français, 1,271 étrangers) pour toutes les Facultés (lettres et sciences).

Français.		*Etrangers.*			
Etudiants. .	14.980	Etudiants. .	1 122	Total. .	16.102
Étudiantes .	140	Etudiantes .	149	Total. .	289
Total. . . .	15.120	Total	1.271	Totaux.	16.391

Sur ces 16,391 étudiants, 5,699 appartiennent aux Facultés de médecine (doctorat et officiat) ; 1,299 aux Facultés des sciences ; 1,533 aux Ecoles supérieures et Facultés mixtes de pharmacie (pharmaciens de 1re et 2e classe) ; 1,385 aux Ecoles de plein exercice et Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie (docteurs, officiers de santé, pharmaciens de 1re et 2e classe).

A Paris, il y a en tout 8,527 étudiants. *Aucune Université au monde n'a jamais atteint ce chiffre*; 4,235 sont inscrits à la Faculté de médecine, 462 à la Faculté des sciences, 1,052 à l'Ecole supérieure de pharmacie.

A Bordeaux il n'y a que 1,024 étudiants : c'est la ville la plus peuplée d'étudiants après Paris. Lyon vient ensuite avec le chiffre de 998. Toulouse possède 960 étudiants, ce qui explique pourquoi cette ville réclame avec tant d'instance une Université. Montpellier n'en a que 756, malgré l'existence d'une Ecole supérieure de pharmacie qui n'existe ni à Lyon, ni à Bordeaux, ni à Toulouse. Lille n'a guère que 636 étudiants ; mais on sait que, par une faiblesse inqualifiable, l'Etat et la Ville ont cédé une partie de leurs richesses à l'Université catholique.

Ces chiffres pourront paraitre démonstratifs aux amateurs trop passionnés de statistique ; mais il faut bien savoir qu'ils n'ont pas la valeur que certains auraient l'intention de leur attribuer. Il ne faut demander à la statistique que ce qu'elle peut donner. Si aujourd'hui elle indique l'état de nos Universités, il ne faut point induire des renseignements qu'elle fournit des données sur l'avenir de tel ou tel centre universitaire. Ce qui fait une Université, ce ne sont pas, surtout à notre époque, les divisions géographiques, les montagnes ou les fleuves ! Les étudiants, même en France, n'ont plus à l'heure actuelle peur des chemins de fer, des distances, des voyages ; les familles seules — et c'est une erreur de leur part sur laquelle il est inutile d'insister ici — veulent que leurs fils ne s'éloignent pas trop du pays natal. Certes ce souci est légitime, au début; le séjour des étudiants dans l'Ecole de leur région durant les premières années de leurs études est chose excellente. Mais plus tard, quand ils ont déjà des connaissances suffisamment étendues, il y a tout intérêt pour eux à aller se perfectionner dans une ou, ce qui vaudrait mieux, plusieurs Facultés. Ce qui fait—et surtout ce qui fera plus tard, en France comme ailleurs — la renommée d'une Université, ce sont les professeurs qui y enseignent. Ayez des maitres de haute envergure, et vous aurez des élèves. Supposez l'Institut Pasteur à Bordeaux ; vous y aurez le même nombre de travailleurs qu'à Paris. Le point capital est donc d'en rendre, à Bordeaux ou dans une ville analogue, la création possible.

Grenoble, qui n'a que 535 étudiants, veut rester quand même dans le *statu quo*. Qu'on crée ou non dans son voisinage, au nord et au midi, des Universités, elle entend, — ce que personne, aujourd'hui du moins, ne songe à lui contester, — garder ses Facultés. Mais il est à craindre que, quand des maitres célèbres professeront à Marseille, le nombre de ses étudiants ne diminue encore.

Rennes (365 étudiants) et Nantes (145 étudiants, Ecole de médecine et de pharmacie), veulent être le siège d'une Université de l'Ouest. Cette dernière ne serait possible que si l'on supprimait les Ecoles secondaires de la région (Angers, 82 étudiants ; Tours, 53 ; Caen, 387 ; Poitiers, 282) ; il est donc inutile d'y songer aujourd'hui, d'autant que certains voudraient voir une Université à Caen et ont, pendant 8 ou 10 ans, poussé cette ville dans la voie des sacrifices.

Où seront fondées les futures *Universités* ? Paris, Bordeaux et Lyon ne sont pas discutables. Mais comment faire un choix entre les diverses villes qui revendiquent l'honneur de posséder une Université ? Nous pensons qu'il conviendrait, de la part du gouvernement, de poser nettement les conditions à remplir pour obtenir ces fondations, puis de laisser les grandes villes libres de faire ou non les sacrifices nécessaires.

Puisque l'on est *parfaitement résolu* à ne pas toucher aux Facultés et Ecoles provinciales,—point que nous ne voulons pas aborder ici, — trois Universités s'imposent donc seulement : Paris, Bordeaux et Lyon. Vouloir en créer à Lille, à Nancy, à Marseille (sans détruire Montpellier) et à Montpellier, serait s'exposer sûrement à un pas de clerc. Puisque la réforme proposée n'est que partielle, qu'elle garde son caractère provisoire ! Elle ressemblera plutôt à une expérience ; mais, qu'importe ! puisque, dans ces conditions et ainsi restreinte, elle est certaine de réussir. On verra plus tard si réellement il n'y a pas mieux à faire.

Pour compléter les renseignements qui précèdent, ajoutons que Marseille a aujourd'hui 205 étudiants et Aix, 208 ; Clermont, 137 et Limoges, 70 ; Amiens, 114 et Rouen, 68 ; Alger, avec ses 281 étudiants seulement, devrait, peut-être, dès aujourd'hui, être la quatrième Université à proposer ! Qui sait ? La proposition, à tout compter, n'est peut-être pas aussi saugrenue qu'elle le semble à première vue.

Encore un mot sur la façon dont sont répartis les étudiants étrangers. Il y en a 1,078 à Paris, c'est-à-dire 85 0/0 ; 67 à Montpellier. Ce dernier chiffre, nous l'avouons, nous a étonné ; 67 sur 756, cela fait, en somme, 1 étranger pour 11 Français. A Paris, on a 1 étranger sur 8 Français ; la différence n'est que d'un 1/3 environ. C'est une bonne note en faveur de Montpellier. Les Marseillais prétendent que ces étrangers,

© ANM

qui aiment le Midi, iraient plutôt chez eux que dans la patrie d'adoption de Rabelais : ceci reste à démontrer, en raison de l'état actuel et du chiffre précédent.

Les étudiants étrangers inscrits dans les Facultés de médecine sont au nombre de 907 ; il n'y en a que 58 dans les Facultés des sciences, 21 dans les Ecoles supérieures de pharmacie et les Facultés mixtes, 12 dans les Ecoles de plein exercice et les Ecoles préparatoires.

Sur les 1,271 étrangers qui suivent les cours de nos Facultés et Ecoles supérieures, 989 sont *européens :* 21 allemands, 71 anglais, 10 autrichiens, 17 belges, 34 bulgares, 45 espagnols, 55 grecs, 8 hollandais, 1 hongrois (la Hongrie aime pourtant la France !), 21 italiens, 1 luxembourgeois, 2 de Monaco, 3 norwégiens, 19 portugais, 159 roumains, 313 russes, 33 serbes, 3 suédois, 44 suisses, 122 turcs. — 12 sont *asiatiques:* Annam, 1 ; Chypre, 2 ; Indes anglaises, 2 ; Japon, 4. (Les autres sont en Allemagne et en Autriche). Perse, 2 ; Syrie, 2 ; 68 sont africains ; Egypte, 51 ; Madagascar, 1 (ils augmenteront probablement d'année en année) ; Ile Maurice, 1 ; Tunisie, 3. — Il y a 201 *américains*, dont 173 des Etats-Unis, 11 du Brésil, 3 du Chili, 1 de Bolovie, 1 de Colombie, 2 de Cuba, 4 d'Haïti, 1 du Mexique, 5 de la République Argentine. — Un seul est *océanien* (Australie).

Il serait bien intéressant de pouvoir, pour l'Allemagne et l'Autriche, au moins, consulter des statistiques analogues. On pourrait se livrer, à ce propos, à des comparaisons intéressantes ; malheureusement il est difficile de se procurer des renseignements aussi précis. Mais ce qui serait plus intéressant encore, ce serait de connaitre le nombre des étrangers qui, venus chez nous et inscrits régulièrement dans nos Facultés, *y travaillent réellement !* Notre mot de la fin sera donc le même que celui du début : « Défions-nous des statistiques. » M. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 16 septembre 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

M. Iscovesco (de Paris) lit un travail sur le *traitement par le séjour au bord de la mer chez les scrofuleux*, qui l'amène aux conclusions suivantes. Il est deux cas dans lesquels la mer fait merveille : 1° le rachitisme ; 2° le lymphatisme sans lésions tuberculeuses actuelles. Mais il faut rigoureusement proscrire la mer dans toutes les tuberculoses locales douloureuses ou présentant des tendances inflammatoires. La mer agit surtout dans les deux premiers mois ; à partir de ce moment, l'augmentation de l'appétit disparait et les enfants retombent dans l'état antérieur à leur arrivée. Peut-être obtiendrait-on des résultats plus favorables qu'à Berck sur une plage où il y aurait de la végétation et où l'on pourrait, pour ainsi dire, exposer les enfants à un air marin mitigé.

M. Tillaux lit un rapport à propos d'un travail de M. Richelot (janvier 1888) sur *un cas de persistance du canal de Nuck avec hydrocèle réductible.* L'observation de M. Richelot est absolument probante pour démontrer l'existence du canal de Nuck, contestée par MM. Duplay et Rabère, étant donné surtout, outre la conformation reconnue pendant l'opération, l'absence d'antécédents herniaires chez la malade. Quant à l'opération elle-même, quoiqu'elle fût une opération de complaisance, on peut aujourd'hui la pratiquer dans ces conditions grâce aux procédés antiseptiques.

M. Javal lit un travail sur *la dépopulation de la France.* Il en rend responsable la législation fiscale, civile et militaire, lourde charge pour les familles nombreuses, les contributions indirectes et enfin la loi militaire de 1889. Dans un prochain travail, il se réserve d'indiquer les mesures législatives qu'il croit urgentes. P. S.

REVUE DE MÉDECINE

I. — **Contribution à l'étude de la pyoctanine** ; par les Dr Braunschweig et Janicke. (*Fortschritte der Medicin*, VIII, 11, 1890).

II. — **Un cas de tuberculose pulmonaire guéri par un érysipèle de la face.** (*Münchener med. Wochenschr.*, Juillet 1890).

III. — **Sur les affections des voies respiratoires supérieures consécutives à l'influenza** ; par le prof. B. Frœnkel. (*Deutsch. med. Wochenschr.*, 28, 10, VIII, 1890).

IV. — **Le massage du ventre dans la constipation chronique des enfants** ; par le Dr O. Karnitzky. (*Arch. f. Kinderheilkunde*, XII, 66).

V. — **Sur la fréquence des affections organiques du cœur dans les régions élevées de la Suisse** ; par le Dr F. Egger. (*Corr. Blatt. f. Schweizer Aerzte*, 12, 1890).

I. — Le bruit qu'a fait, il y a quelques mois, la publication du Dr Stilling et l'importance que paraissait devoir prendre la pyoctanine en thérapeutique ophtalmologique, ont engagé les auteurs à soumettre l'action de cette substance à une étude critique approfondie. L'autorité du Pr Grœfe (de Halle), sous la direction duquel les recherches ont été faites, donne à ce travail toutes les garanties d'exactitude nécessaires.

L'application du médicament n'a jamais provoqué de troubles graves, mais souvent des symptômes locaux, variant depuis de légers brûlements jusqu'à des douleurs insupportables, que des applications de cocaïne ne parvenaient pas à calmer. Souvent aussi, on a observé de l'irritation, de l'injection ciliaire et de l'inflammation des conjonctives palpébrales. Dans trois cas le traitement par la pyoctanine a été suivi d'une conjonctivite violente, pour laquelle on n'a pu trouver d'autre cause que dans le médicament même. Les auteurs ont traité en tout 70 cas par la pyoctanine, qu'ils ont appliquée en solutions de 1,5 à 5,000 H^2O, ou sous forme de crayons. Comme les solutions se décomposent rapidement, il est bon de faire une solution alcoolique concentrée, servant à préparer chaque jour des solutions diluées. Les résultats du traitement des affections de la cornée par la pyoctanine sont trop peu évidents pour qu'il soit possible d'en tirer une conclusion. Dans un cas, le médicament a paru ralentir le développement de la phtisie du bulbe. Ce traitement ne parait cependant pas avoir d'avantages sur les autres méthodes. Les applications de pyoctanine doivent, d'après Stilling, couper la suppuration des plaies ou des ulcères ; les auteurs ont observé le contraire. Tous les procédés inflammatoires de la conjonctive, en particulier ceux qui sont accompagnés d'une sécrétion abondante, supportent mal le traitement aux couleurs d'aniline, qui est souvent suivi de l'apparition de membranes pseudo-croupeuses. Ils ont observé, en outre, plusieurs inflammations de la cornée consécutives au traitement par la pyoctanine. La seconde partie du travail comprend les recherches du Dr Janicke sur les propriétés antiseptiques des couleurs d'aniline. Ses résultats confirment généralement ceux de Stilling. Le staphylococcus aureus est déjà arrêté dans son développement après 9 jours par une solution de 1 à 400,000 ; dans une solution de 1 : 200,000 il ne se développe plus du tout. Viennent ensuite la bactérie du charbon, le streptococcus pyogenes, le bacille virgule du choléra asiatique ; ce dernier ne se développe plus dans une solution de 1 à 62,500. Dans une solution de 1 à 5,000 le bacille du typhus a continué à se développer avec un retard de 2 jours. Les propriétés antiseptiques des couleurs d'aniline sont beaucoup plus faibles dans des solutions de sérum qu'en solutions aqueuses. Janicke a pu cons-

© ANM

tater un rapport entre la sensibilité des bactéries à l'action des couleurs d'aniline et leur faculté de coloration. Les bactéries les plus sensibles sont aussi celles qui se colorent le plus rapidement par le violet de méthyle.

II. — M. le Dr Schœfer, médecin de l'établissement pénitentiaire de Kaisheim, publie un nouveau cas dans lequel on a pu observer le fait curieux de l'amélioration sensible d'une affection chronique en suite d'une maladie infectieuse aiguë. Le détenu W. est entré au pénitencier, en 1884, en parfaite santé et sans antécédents tuberculeux. En 1885, il eut une pleurésie dont il ne se remit que très lentement ; cependant il put sortir de nouveau et être employé à des travaux faciles, en plein air. En automne 1885, on découvrit les premiers bacilles dans les crachats avec une matité au sommet du poumon gauche. Le malade toussait et se plaignait de difficulté à respirer. Peu à peu, les symptômes de la phtisie pulmonaire apparurent, amaigrissement, manque d'appétit, sueurs nocturnes, diarrhées, fièvre hectique, de sorte que, au 1er janvier 1888, il ne restait plus aucun espoir de guérison. Le 5 janvier, il eut une angine catarrhale accompagnée de fièvre violente et, le 9, il se manifesta un érysipèle de la face qui, parti de la lèvre supérieure, envahit successivement toute la face. Pendant 8 jours, le malade fut sans connaissance, battant la campagne, avec une fièvre allant jusqu'à 41°,3. Peu à peu, cependant, la fièvre diminua et le patient qui, pendant 3 semaines, avait été plusieurs fois en danger de mort, commença à se remettre lentement. Les symptômes de la tuberculose disparurent l'un après l'autre, d'abord les sueurs nocturnes, puis les diarrhées; l'appétit devint meilleur. Les crachats conservèrent longtemps encore leur caractère purulent, mais la quantité des bacilles avait diminué considérablement au bout de 3 mois. La matité commença à se résoudre d'abord dans le poumon droit, puis dans le gauche. Au bout de 4 mois, les râles crépitants avaient fait place à un murmure indistinct. A l'expiration de sa peine, le malade ne présentait plus qu'une légère matité au sommet du poumon gauche ; aujourd'hui, il se porte bien et travaille.

III. — Le nombre de cas dont dispose l'auteur est relativement peu considérable, mais ce sont tous des cas choisis, dans lesquels on a pu constater l'influenza avec certitude. Son matériel s'élève à 90 cas, parmi lesquels peu de cas récents et très peu d'enfants. Les affections du nez consécutives à l'influenza sont rares ; Fränkel n'a pu en constater que 2 cas sur 45 malades de policlinique et 1 cas dans sa clientèle privée. Les affections du pharynx sont déjà plus fréquentes (8 cas sur 45), aussi bien les pharyngites aiguës que les inflammations des amygdales. Il n'a observé que très rarement des taches rouges dans le pharynx, ce qui est la règle dans la pharyngite de la rougeole. Mais, parmi ces affections, celles du larynx occupent une place prépondérante, à tel point qu'on peut parler d'une *laryngite de l'influenza* (33 cas sur 45). La voix est enrouée, le malade ne peut moduler, quelquefois même il est complètement aphone. Un malade complètement aphone se mit tout à coup à parler en fausset, pendant l'examen, puis en voix de basse. A l'examen local, on trouve toujours de la rougeur et une tuméfaction de la muqueuse ; dans plusieurs cas, Fränkel a observé une tuméfaction sous-glottique, donnant l'illusion d'un pseudo-croup, avec 3 plis de chaque côté. Souvent il existe une parésie des muscles laryngés (18 cas), mais jamais des abducteurs ; on ne rencontre jamais les cordes vocales dans la position médiane. Les cordes vocales ont un aspect particulier ; on observe, au milieu des parties rouges, des taches d'un blanc sale, sans différence de niveau appréciable. Ces taches se trouvent moins souvent à la partie antérieure et très rarement à l'extrémité postérieure des cordes vocales. Elles persistent pendant 2 ou 3 semaines, pour présenter alors une zone assez distincte produite par la perte de l'épithélium. Fränkel suppose que ces taches sont dues à une infiltration fibrineuse des cordes vocales. La durée de cette affection est beaucoup plus considérable que celle d'une laryngite ordinaire ; elle s'élève souvent à 5 ou 6 semaines.

IV. — On a, jusqu'à présent, peu massé le ventre des enfants, et si les résultats n'ont pas été très satisfaisants, on doit l'attribuer à l'imperfection de la méthode. Cependant le massage est d'autant plus important que les purgatifs irritent le jeune intestin. Jacobi recommande le massage du gros intestin par des frictions avec la main à plat, mais il est aussi important de masser l'intestin grêle. Du reste, la méthode de Jacobi qui commence à droite est incommode chez de tout jeunes enfants, à cause du peu de longueur de la partie supérieure du gros intestin et du volume considérable du foie. Le massage du ventre chez les enfants ne diffère de celui chez les adultes que par quelques modifications exigées par les particularités de l'intestin de l'enfant dans les diverses périodes de la croissance. En raison du volume considérable du foie, dans les premières années de la vie, l'intestin grêle et le côlon se trouvent dans la partie gauche de l'abdomen. Pour éviter les vomissements chez les nouveau-nés, il faut aussi tenir compte de la position et de la forme de l'estomac. Chez les nouveau-nés, l'estomac est à peu près cylindrique, la grande courbure est peu prononcée, le cardia est vis-à-vis du pylore et la position est presque verticale. Chez les nouveau-nés et les enfants à la mamelle, l'estomac plein est limité à droite par le bord gauche du foie, à gauche par la rate et en avant par le côlon transverse ; vide, il se retire vers la colonne vertébrale. La cause principale de la constipation chez le jeune enfant réside surtout dans la grande longueur de la partie inférieure de l'intestin. C'est donc là qu'il faut surtout masser et pas plus haut. On masse en bas, à droite et à gauche dans la direction du petit bassin, parce que, chez les enfants, l'S iliaque et son passage dans le rectum sont plus souvent situés à droite qu'à gauche. Il vaut mieux masser avant que l'enfant tette, mais on est souvent obligé de masser l'enfant à la mamelle, à cause des cris. La mère donne le sein droit à l'enfant, afin que le médecin puisse travailler de la main droite. La séance ne doit pas dépasser 10 minutes (en moyenne 4 à 5) et l'on ne doit pas masser plus de 2 fois par jour. Chaque séance commence par une friction douce du ventre avec la main à plat et *chaude*. On peut ensuite masser et pétrir délicatement l'intestin. On commence par frictionner avec l'index et le médius la partie gauche de l'abdomen, en décrivant un cercle à une distance de 1 à 2 cm. du nombril et en augmentant peu à peu la pression. Il faut avoir soin de fixer la peau avec les doigts. Le second temps consiste en petits mouvements de pression circulaires, à partir de la rate en bas jusqu'au milieu de la symphyse pubienne. Pour le troisième temps, l'opérateur place le pouce dans la fosse iliaque droite et les deux premiers doigts dans la fosse iliaque gauche et exécute un massage partant d'en haut et en dehors pour aboutir en bas et en dedans. On peut aussi masser le cæcum, mais chez les enfants de 3 à 4 mois la chose est difficile à cause du foie. Chez des enfants plus grands, on peut faire le tambourinage du ventre avec le bout des doigts, mais il est souvent mal supporté.

V. — L'auteur prend prétexte d'un travail publié à ce sujet par Mlle Neonilla Iwanoff dans la *Revue suisse de statistique*, pour montrer de quelle manière les statistiques médicales sont souvent faites et comment l'on peut être induit en erreur lorsque l'on n'est pas à même d'en contrôler l'exactitude. Mlle Iwanoff arrive au résultat que la mortalité, par suite d'affections organiques du cœur, diminue sensiblement dans les régions élevées. Cette assertion, en contradiction avec la manière de voir de la plupart des médecins de montagne, semblerait confirmer en partie les idées de Oertel à ce sujet. C'est pourquoi il est bon de rechercher de quelle manière on est arrivé à ce résultat. Mlle Iwanoff, disposant d'un matériel de 25.500 cas de mort par affections du cœur, les divise en 4 catégories, suivant 4 régions d'altitude différente, et arrive pour une population de 100.000 habitants à une mortalité de :

1re	région (de la plaine, 200 — 400 m. au-d. de la mer) .	102
2e	— (des collines, 400 — 700 m. au-d. de la mer) .	92
3e	— (des montagnes, 700 — 1.200 —) .	82
4e	— (des Alpes, 1.200 mètres et au-dessus). . . .	47

M. Egger commence par démontrer que cette division en régions est inexacte. Ainsi, le district de Plessur est compté dans la 2e région, l'endroit le plus bas, Coire, se trouvant à 591 mètres. Mais, des 16 communes formant ce district, 5 appar-

© ANM

tiennent à la région des montagnes et 10 à celle des Alpes. Le district d'Albula est compris dans la région des montagnes, tandis que sur 26 communes 21 sont à une altitude de plus de 1.200 mètres et ainsi de suite. D'après la division de Mlle Iwanoff, la région alpestre ne comprendrait que 3 districts, celui de l'Inn, de Mimster et d'Urseren. Le premier de ceux-ci, avec une population de 6.504 habitants, accuse la mortalité énorme de 110, mais ce chiffre est réduit à 47 par la mortalité très faible des deux autres districts, n'accusant ensemble qu'une population de 2.796 habitants. Avec des chiffres aussi faibles, il est difficile de ne pas être victime du hasard. Mais les informations de Mlle Iwanoff sont aussi incomplètes : tandis que sa statistique n'accuse que 2 cas d'affections du cœur suivies de mort en 11 ans dans le district d'Urseren, le médecin stationné à Andermatt en a trouvé 7 pour la vallée d'Urseren seule, et 3 pour Andermatt. Si l'on prend les chiffres de districts populeux situés en grande partie dans la région alpestre, on arrive à une mortalité de 159, 99, 122, etc. Ajoutons encore les informations incomplètes provenant de la plupart des districts alpestres, où tout se passe encore comme au bon vieux temps, et l'on verra que nous n'avons pas encore de raisons bien sérieuses pour recommander le séjour des stations élevées aux cardiaques.

A. JAQUET.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement des maladies du système nerveux par la suspension.

I. De la suspension chez les tabétiques; leçon de M. le Dr DUJARDIN-BEAUMETZ à l'hôpital Cochin. — *Bulletin général de Thérapeutique*, 15 juillet 1889, p. 1.

II. Traitement de l'ataxie par la suspension; par le Dr MOUSSET. — *Lyon médical*, 11 août 1889, p. 501.

III. Traitement des maladies de la moelle épinière par la suspension, par le Dr TIBERGHIEN. — *Journal de médecine de Bruxelles*, 20 juillet 1889, p. 433.

IV. The suspension treatment of locomotor ataxia; par le Dr BOOTH. — *International journal of surgery*, mai 1889, p. 106.

V. De la suspension dans les maladies du système nerveux; par M. J. TEISSIER. — Présentation de deux malades à la Société de médecine de Lyon. *Lyon médical*, 14 juillet 1889, p. 371.

VI. Tabes dorsal spasmodique. — Amélioration considérable par la suspension.; par le Dr CAMILLE BANCEL. — *Revue médicale de l'Est*, 1er juillet 1889, p. 399.

VII. Dangers à éviter dans le traitement des affections nerveuses par la suspension; par le Dr W. SKINNER. — *New-York. Med. Journal*, 29 juin 1889, p. 715.

VIII. Six cas de maladie de la moelle épinière traités par la suspension; par le Dr SAUNDEY. — *British med. journ.*, 14 septembre 1889.

I. — M. le Dr Dujardin-Beaumetz a soumis 25 malades à ce traitement; chez la plupart, il a obtenu de bons résultats, chez 4 l'amélioration dans la marche a été notable, chez 6 on n'a obtenu aucun résultat. Chez ceux où les résultats ont été peu marqués, il a noté que l'amendement dans les symptômes se fait dans les 15 premiers jours du traitement, puis cesse bientôt, l'état devenant stationnaire. A cette étude sont joints des schémas de la marche d'un ataxique avant et après le traitement, obtenus au moyen du système de photographie de MM. Marey et Demény. On y voit nettement, dans le second cas, la cessation du stade d'élévation du pied, avant sa projection à plat sur le sol; sa chute se fait plus régulièrement, d'une façon plus oblique.

Les accidents observés ont été peu graves; chez un malade, la suspension a provoqué de la syncope; chez un autre, les douleurs ont été vives, et on a dû cesser le traitement. Presque tous les malades ont ressenti une sensation de chaleur du côté des reins et des membres inférieurs. — Dans les cas de pseudo-tabès, chez les neurasthéniques, M. Dujardin-Beaumetz s'est fort bien trouvé de la suspension, jointe aux exercices faits avec la gymnastique Pichery.

II. — M. le Dr Mousset a traité par la suspension 8 ataxiques : 1° Femme, 45 ans, malade depuis 3 ans; au bout de 2 mois 1/2 de traitement, les douleurs lancinantes ont diminué; elle éprouve de la rachialgie qui n'existait pas antérieurement, le passage de l'urine est mieux senti, augmentation de la force des membres inférieurs. La suspension a amené plusieurs fois des fourmillements dans les membres inférieurs; 2° Homme, 38 ans, malade depuis 5 ans. Après la troisième séance, amélioration considérable des douleurs fulgurantes, qui reviennent ensuite. Environ 2 mois après le début du traitement, la suspension amène des douleurs en ceinture, cessant avec elle, mais les douleurs fulgurantes ont disparu; 3° homme, 57 ans, malade depuis 1 mois 1/2. Après huit séances, diminution des douleurs fulgurantes, habileté plus grande des doigts, jambes plus fortes; 4° Homme, 45 ans, malade depuis 15 ans. Après la 8e séance, il sent mieux ses jambes dans son lit, la sensibilité tactile est plus nette. Au bout de 1 mois, diminution des douleurs fulgurantes, disparition de l'engourdissement des doigts. Après 2 mois de traitement, la sensibilité est en partie revenue aux membres inférieurs, les jambes sont plus solides, les douleurs sont moins vives, réapparition de la sensibilité musculaire. On est obligé de cesser, à cause de douleurs à la région occipitale à chaque séance; 5° Homme, 57 ans, malade depuis 2 ans 1/2. Après la sixième séance, le besoin d'uriner réapparaît, le malade urine volontairement 1 fois. Au bout de 15 séances, la miction se fait bien le jour, mais l'incontinence nocturne persiste, érection nocturne; 6° Homme, 53 ans, malade depuis 3 ou 4 ans. Diminution rapide des douleurs fulgurantes; 7° Homme, 44 ans, malade depuis 12 ans. Très émacié, cachectique. Aucune amélioration; vertiges plusieurs fois avec troubles de la vue et de l'ouïe pendant la suspension. Pas d'amélioration; 8° Homme, 33 ans, malade depuis 9 ans. On a dû interrompre le traitement pendant quelque temps, au début, à cause de vertiges, d'éblouissements qu'éprouvait le malade. A partir de la troisième séance, l'amélioration a été très sensible dans la marche, dans la miction et la défécation. Dans un cas, il n'y a donc pas eu d'amélioration, mais chez un ataxique malade depuis longtemps, cachectique, jamais l'auteur n'a observé la réapparition du réflexe rotulien.

M. Mousset fixe comme durée maximum des séances de suspension : 4 minutes. Il donne les conseils suivants pour opérer la traction. Lorsque le malade ne peut marcher, on le transporte assis, près de l'appareil, puis, après avoir fixé les courroies, on le fait lever en le soutenant, et on commence la traction; sans cela on ne peut répondre d'éviter la brusquerie des mouvements. Car au moment où le malade se sent soulevé au-dessus de son siège, instinctivement il veut redresser ses jambes, mais l'incoordination motrice fait que les pieds frappent violemment et glissent sur le sol, il en résulte des oscillations du tronc qui peuvent produire des secousses dans la colonne et dans la moelle.

III. — M. le Dr Tiberghien a traité 26 ataxiques par la suspension; 19 ont subi plus de 10 séances; parmi ces 19, 17 ont été améliorés et 2 n'ont ressenti aucun bien.

1° Homme, 44 ans, malade depuis 15 ans 1/2. Sensibilité des pieds revient après 6 séances; les douleurs fulgurantes diminuent au bout de la 8e, cessent après la 23e.

2° Homme, 67 ans, malade depuis 10 mois. Après la 5e séance, plus de secousses nocturnes, moins de douleurs fulgurantes; après la 8e, érection; après la 12e, disparition de l'incontinence d'urine, marche améliorée; après la 16e, la suspension n'agit plus aussi bien, le malade est pris de vertiges et de dépression nerveuse.

3° Homme, 45 ans, malade depuis 3 mois. Dès après la 1re séance, la marche est plus facile, le malade dort mieux, les douleurs sont moindres; après la 5e, les douleurs fulgurantes disparaissent, la force des jambes revient. Après la 12e, la faiblesse de la vue disparaît, plus de douleurs. Après la 16e, il parle plus facilement.

4°	49 ans,	début il y a	23 ans,	amélioration,	29 séances.
5°	—	—	5 ou 6 ans,	—	26 —
6e	58 ans,	—	12 à 13 ans,	—	26 —
7°	36 ans,	—	5 ans	—	26 —
8e	46 ans,	—	9 mois,	—	23 —
9e	43 ans,	—	3 ans,	pas d'amélioration,	12 —
10e	56 ans,	—	4 ans,	amélioration,	22 —
11e	39 ans,	—	plusieurs années,	—	21 —
12e	—	—	—	—	26 —

© ANM

13°	45 ans,	début il y a	10 ans,	pas d'amélioration,	20 séances.
14°	46 ans,	—	5 à 6 ans,	amélioration,	19 —
15°	45 ans,	—	11 ans,	—	19 —
16°	51 ans,	—	—	—	16 —
17°	—	—	6 ans,	—	16 —
18°	—	—	—	—	11 —
19°	48 ans,	—	—	—	14 —
20°	37 ans,	—	2 ans,	—	9 —
21°	63 ans,	—	—	pas d'amélioration,	7 —
22°	45 ans	—	5 ans,	amélioration,	7 —
23°	—	—	—	—	5 —
24°	47 ans,	—	13 ans,	—	4 —
25°	34 ans,	—	3 ans,	pas d'amélioration,	4 —
26°	66 ans,	—	2 ans,	—	3 —

En dehors de ces tabétiques, l'auteur a pratiqué la suspension dans plusieurs cas de sclérose en plaques; chez 2 malades l'amélioration a été surprenante; dans 1 cas de compression médullaire, dû à un mal de Pott, tous les signes de compression ont disparu; dans 1 cas de sclérose latérale amyotrophique, la suspension a produit une amélioration notable, surtout du côté des membres inférieurs.

M. Tiberghien décrit une modification de l'appareil pour la suspension due au Dr Barlet: « L'appareil se compose d'un double arc de cercle dont les branches se croisent à angle droit, l'une sert pour la suspension sous les aisselles, la seconde pour la tête : comme celle-ci est dirigée d'avant en arrière et que les pièces destinées à soutenir le menton et la nuque s'entre-croisent, il s'ensuit que la tête est mieux soutenue, qu'il ne peut y avoir de compression suivant son axe; avec l'appareil ordinaire de Sayre, si la courroie latérale n'est pas serrée, le malade ne se sent pas soutenu, il a l'impression que l'appareil va glisser le long de l'occiput. »

L'auteur recommande d'éviter toute secousse en faisant la traction et d'être très attentif au moment où le malade reprend pied, car à ce moment se produisent parfois des mouvements désordonnés qui peuvent avoir un contre-coup sur la nuque. Chez les sujets légers, on peut donner, dans chaque main, un poids de 1 à 2 kilog.

IV. — Le Dr Booth a soigné 5 malades au moyen de ce traitement; dans un cas il y a eu cessation des douleurs. Il n'a inauguré la suspension que depuis 2 semaines environ et ne peut encore apporter de faits concluants.

V. — Des deux malades présentées par M. Teissier, la première a vu ses douleurs fulgurantes cesser ainsi que le signe de Romberg après la 10e séance; la marche est plus aisée, l'incoordination a diminué, la malade n'a éprouvé qu'un peu de vertige et quelques douleurs dans les bras, imputables à la méthode. La deuxième, plus avancée dans la maladie, pouvait se tenir debout après la 5e séance et marcher après la 9e. Il subsiste encore un peu d'incoordination dans les membres supérieurs. M. Teissier a dans son service une troisième malade qui présente de l'albuminurie dans ses urines après chaque suspension. M. Clément a obtenu aussi de très bons résultats par la suspension; un ataxique, âgé de 30 ans, a vu disparaître ses douleurs fulgurantes et a retrouvé la facilité de la marche. Trois malades atteints de sclérose en plaques ont été améliorés. M. Perret a appliqué la suspension à 2 enfants atteints d'ataxie post-diphtérique; le résultat a été bon. Dans un cas de chorée, on n'a obtenu aucun succès. Dans tous ces cas, les réflexes n'ont pas reparu pendant la suspension.

VI.— La malade dont M. Bancel retrace l'histoire, est âgée de 25 ans; le tabes spasmodique semble avoir débuté il y a 2 ou 3 ans. Après la 4e séance de suspension, la malade marchait mieux. Depuis la 33e elle marche bien, fait son ménage; elle est plus gaie, souffre moins. Le frère de la malade est atteint de la même maladie; cette malade a été examinée par notre ami et collaborateur le Dr Blocq.

VII.— Le Dr Skinner signale la difficulté qui existe avec l'appareil ordinaire à descendre rapidement le malade, si pendant l'opération il perd connaissance, la corde ne pouvant être filée d'une longueur suffisante, à cause des poulies et des boucles qui la retiennent. C'est ce qui a été déjà démontré par le Dr Hammond dans ce journal (11 mai). Le Dr Skinner signale, à l'appui de cette idée, un accident qui eût pu avoir des conséquences fatales, arrivé dans le service du Dr Starr, à la Vanderblit Clinic. Le malade, qui avait été déjà suspendu plusieurs fois, au cours d'une séance devint subitement pâle, sans mouvement et inconscient. Le médecin qui surveillait le malade ne put filer assez de corde pour que le malade touchât le sol, à cause d'une boucle attachée sur elle. Un aide put soulever le malade, et on déboucla les frondes de la tête; le malade fut soigné et revint rapidement à lui.

VIII.—Tous ces malades ont éprouvé un bénéfice du traitement, l'auteur émet encore des doutes sur la valeur de ce dernier. 1° Malade âgé de 52 ans, ataxique depuis 9 mois. Après 32 séances, il urinait facilement et marchait mieux qu'auparavant. Au bout de 2 mois il se plaignait de douleur dans la main droite. 2° Agé de 34 ans; début : 2 ans; diminution des crises vésicales, mais peu d'amélioration dans la marche au bout de 2 mois. 3° 40 ans, malade depuis 8 ans. Diminution des douleurs, peu d'amélioration dans la marche après 20 séances. 4° 69 ans, pas d'amélioration dans la marche, état général meilleur. 5° 43 ans, malade depuis 8 ans. Amélioration, accidents pendant la suspension. 6° 34 ans, malade depuis 3 ans, peu d'amélioration, douleurs dans le dos à la suite de la suspension. Dans un cas, il y a eu des accidents; le malade devint pâle et eut des lypothimies plusieurs fois pendant la suspension.

A. R.

REVUE DE PARASITOLOGIE

Parasites de l'Impaludisme.

1° **Inoculazione delle forme semilunari di Laveran**; par les Drs T. Gualdi et E. Antolisei. — 2° **L'ematozoa della quartana**; par le Dr Antolisei. — 3° **Nota sul ciclo biologico dell' ematozoo falciforme**; par les Drs Antolisei et Angelini. — 4° **Sull' ematozoo della terzana**; par le Dr E. Antolisei. — 5° **Una quartana sperimentale**; par les Drs Gualdi et Antolisei. — 6° **Due altri casi di febbre malarica sperimentale**; par les Drs Antolisei et Angelini (Ext. de la *Riforma Medica*, 1889. — 7° **Due casi di febbre malarica sperimentale**; par les Drs Gualdi et Antolisei (Ext. du *Bulletin de l'Acad. R. médic. de Rome*, 1888-1889). — 8° **Sulla fase di maggior importanza diagnostica del parasita della malaria**; par le Dr Antolisei (Ext. de la *Gazetta degli Ospitali*, 1889).

1° Dans le 1er cas, après l'inoculation du corps semi-lunaire de Laveran, il s'est écoulé 13 jours entre l'introduction de ce dernier dans le sang et le début de la fièvre. Les accès se sont reproduits à partir de ce moment pendant une vingtaine de jours. Dans le sang du malade on a retrouvé toutes les formes du cycle biologique que suivent les hématozoaires de l'impaludisme. Dans la forme quarte de la fièvre intermittente, le Dr Antolisei n'a trouvé que des corps pigmentaires du volume de 1/5 à 1/6 de globule rouge, d'aspect hyalin, avec des granulations pigmentaires à la périphérie, sans pseudopodes. A ce stade, le parasite est passé de l'état d'amibe à celui de cellule. Ce corps devrait, d'après l'auteur, être différencié des autres formes d'hématozoaires trouvés dans les autres cas. La reproduction de ce parasite semble se faire en un cycle de 4 jours.

2° Dans les formes irrégulières estivales et automnales, on trouve généralement dans le sang des malades les formes semi-lunaire et falciforme de Laveran. Ces deux formes, ainsi que l'hématozoaire rond intra-globulaire avec un seul bloc pigmentaire, feraient partie du même cycle biologique. Elles se reproduiraient par segmentation endogène.

3° Le parasite trouvé par le Dr Antolisei dans la fièvre tierce est un corps arrondi, pigmenté, ressemblant à celui de la fièvre quarte. Il se reproduit par endogenèse, donnant naissance à des spores avec pigmentation centrale. L'auteur n'a pas rencontré la sporulation signalée par Golgi.

4° Le premier malade mentionné par les Drs Gualdi et Antolisei, et dont ils prirent du sang pour faire une injection intraveineuse à leur sujet, était pris pour la première fois de phénomènes d'impaludisme à forme quarte. Chez lui, les auteurs avaient vu se reproduire tout le cycle biologique du parasite : hématozoaire rond pigmenté petit endoglobulaire à pigmentation périphérique, sporulation, etc.

5° Chez le malade inoculé, les premiers symptômes de la fièvre intermittente apparurent au bout de 8 jours et se reproduisirent avec les caractères de la fièvre quarte. L'examen du

© ANM

sang de ce dernier malade montra la présence du même hématozoaire, et la reproduction de son cycle biologique. Ce fait semblerait prouver qu'il existe plusieurs types, bien séparés, de fièvre malarienne, ayant chacun une nature spéciale.

6° Dans 2 autres cas, les Drs Antolisei et Angelini ont inoculé du sang de paludéen ayant la fièvre tierce à deux malades. Au bout de 10 jours apparut le premier accès, qui se répéta tous les 2 jours. Le sang des malades auquel fut pris le sang, et des malades inoculés, dénota la présence de corps pigmentés endoglobulaires, avec mouvements rapides des granulations pigmentaires, et de corps amiboïdes pigmentés avec pseudopodes.

7° Dans 2 cas d'inoculation faits antérieurement, MM. Gualdi et Antolisei n'avaient pas vu se produire le type primitif de la fièvre (quarte), quoique l'examen du sang dénotât la même forme d'hématozoaire.

8° Dans un autre travail, le Dr Antolisei montre qu'on peut trouver la plupart des hématozoaires, attribués à l'impaludisme, dans le sang d'autres malades, sauf le corps amiboïde pigmenté de Marchiafava et Celli. Cette forme seule peut faire affirmer le diagnostic d'impaludisme. A. R.

CORRESPONDANCE

A propos du Congrès de Berlin et de l'Exposition des Instruments et Appareils de chirurgie.

Paris, le 26 août 1890.

Monsieur Baudouin, sécrétaire de la rédaction du *Progrès médical*.

J'ai lu, avec intérêt, l'article que vous avez consacré à l'Exposition de Berlin, mais vous me permettrez, au moins, pour la première partie, de répondre à certaines affirmations qui, sans être inexactes, ne sont pas absolument conformes à la vérité. N'ayant vu, à Berlin, aucun de mes confrères français, j'ai cru (car j'ai eu l'honneur de vous y rencontrer) que « le directeur de l'importante maison » c'était moi, et je vous remercie de cette bienveillante appréciation, tout en regrettant que vous ayez mal saisi ma pensée et mal interprété mes réflexions.

J'ai pu dire, j'ai même certainement dit, que j'aurais eu tort de ne pas aller voir l'Exposition de Berlin, d'autant que bon nombre de médecins français sont disposés à accorder aux Allemands une supériorité de fabrication absolue, et je suis revenu de Berlin complètement rassuré sur l'avenir de mon industrie et sur ses progrès.

La France n'a rien à craindre de l'Allemagne à ce point de vue spécial, et si les instruments allemands paraissent moins chers, ils perdent à l'usage cet avantage par la différence de soin dans la fabrication qui en diminue la durée et ne donne pas au chirurgien la confiance qu'il doit avoir dans l'instrument dont il se sert.

Il y a là un facteur qui n'est pas négligeable et sur lequel j'appelle votre attention.

Quant aux conséquences regrettables, dites-vous, de l'abstention de la fabrication française, elles le sont bien moins que vous le supposez, car, pour ma part, j'ai vu, chez moi, à Paris, plusieurs médecins étrangers, retour de Berlin, qui m'ont prouvé, en m'achetant des collections d'instruments, que leur opinion sur la fabrication allemande n'était pas aussi avantageuse que vous le supposez. J'ai même vu un spécialiste berlinois, des plus distingués, que je pourrais vous nommer, qui est venu à Paris pour acheter certains instruments et qui a reconnu, très librement, l'indigence de nouveautés dans les vitrines des exposants.

Cette abstention, dont vous blâmez si vivement l'industrie française des instruments, a, du reste, été imitée par l'Angleterre, l'Autriche, l'Amérique, qui, certes, n'avaient pas les mêmes raisons de sentimentalisme que vous attribuez bien à tort à nos industriels. Il serait plus exact de mettre cette abstention presque générale de la part des étrangers au compte de l'aimable désinvolture avec laquelle certains fabricants allemands reproduisent, sans en indiquer l'origine, les modèles exposés qu'ils trouvent à leur goût. Voilà, je le présume, la cause de cet ostracisme partagé par les nations que je vous cite plus haut, et vous avouerez que c'est une considération sérieuse.

Pardon de cette longue lettre, mais certaines assertions de votre article m'ont paru un peu hasardées et j'ai cru qu'à titre de fabricant dans cette industrie, à laquelle vous vous intéressez, je pouvais légitimement calmer les appréhensions que vous manifestez.

Recevez l'assurance de mes sentiments distingués.

MATHIEU.

Fréjus, 10 septembre 1890.

Mon cher Monsieur Mathieu,

Je n'ai point malheureusement sous les yeux l'article auquel vous faites allusion, ni celui que, l'an passé, j'ai publié dans le *Progrès médical* sur l'Exposition d'Heidelberg (*Congrès des Médecins et des Naturalistes allemands*).

Je le regrette : je me bornerai donc à répondre ici à certaines de vos affirmations qui, sans être inexactes, ne sont cependant pas non plus tout à fait conformes à la vérité.

1° J'ai vu à Berlin un de vos confrères, fabricant d'instruments de chirurgie en France ; il n'est pas, il est vrai, directeur d'une importante maison. Vous me pardonnerez, pour cette unique raison, de ne pas le nommer. Je n'insiste pas d'ailleurs : il pourrait se reconnaître... et demander aussi l'insertion d'une lettre dans le *Progrès médical*.

2° Aucun médecin français — et encore moins le secrétaire de la rédaction du *Progrès Médical* — n'est disposé à accorder aux Allemands une *supériorité de fabrication absolue*, en ce qui concerne, bien entendu, les instruments de chirurgie *seuls*. Je vous saurais gré de m'indiquer les journalistes ou les médecins qui, chez nous, ont vanté la fabrication des instruments de chirurgie allemands, d'*une façon générale*. Pour moi, j'ai écrit (Lettre de Berlin) le contraire de ce que vous me faites dire.

3° J'ai consigné déjà, dans le *Guide médical de l'Exposition de* 1889 et dans mon article sur l'Exposition d'Heidelberg (1889), les remarques sur lesquelles vous croyez devoir attirer mon attention.

4° Quant aux conséquences regrettables de l'abstention française à Berlin, elles le sont autant que je l'ai dit. Puisque vos instruments sont si supérieurs — et j'en suis convaincu — c'était le cas où jamais de les exposer là-bas ! Il me semble inutile de répéter encore aujourd'hui tout ce que j'ai écrit à ce propos.

5° Je regrette de n'être pas à nouveau de votre avis, mais l'abstention de l'industrie française n'a pas du tout été imitée par l'Angleterre, l'Autriche et l'Amérique. Consultez le catalogue de l'Exposition : vous y trouverez les noms d'industriels d'Angleterre, d'Autriche, d'Amérique... et d'ailleurs. Et quand même il en aurait été ainsi ! Quand mon voisin se noie, dois-je me tuer ?

6° Je reconnais — et sur ce point nous allons nous entendre — que les Allemands nous copient sans vergogne. Je l'ai moi-même écrit et *démontré* en 1889 (Congrès d'Heidelberg) ! Mais avouez qu'ils ne nous prennent que ce que nous avons de bon, de très bon..., et que nous ne sommes pas assez intelligents pour les imiter. On ne vole d'ailleurs que les riches.

Tout compte fait, on devait donc exposer à Berlin.

Avec tous mes regrets de n'avoir pas été convaincu, veuillez agréer, cher Monsieur, l'assurance de mes sentiments les plus distingués. Marcel BAUDOUIN.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE (année 1890-1891). — *Saison d'hiver*. — Les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les travaux anatomiques commenceront le lundi 13 octobre 1890. Des conférences sur l'histologie normale et pathologique seront faites par M. le Chef du laboratoire. Les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope. — Nota : Les microscopes et autres instruments nécessaires aux recherches histologiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les Elèves par l'Administration de l'Assistance publique. Les élèves qui ne seraient pas déjà inscrits pour les travaux anatomiques sont prévenus que leurs cartes seront reçues à l'amphithéâtre à partir du lundi 6 octobre.

© ANM

BIBLIOGRAPHIE

L'Hôpital du Midi et ses origines. — Recherches sur l'histoire médicale de la syphilis à Paris ; par le Dr A. Pignot, préparateur du cours d'histoire de la médecine. In 8 de 147 p. avec planches. — Paris, O. Doin.

Les élèves de M. le professeur Laboulbène suivant l'exemple de leur maître semblent avoir pris à tâche de reconstituer l'histoire de tous nos vieux hôpitaux. C'est aujourd'hui l'histoire de l'hôpital du Midi que vient nous présenter M. Pignot. Pour ceux qui connaissent tant soit peu cet hôpital, autrement que par ouï-dire, il était évident à l'avance qu'il n'y avait pas là matière à un ouvrage de longue haleine. Ancien couvent de Capucins, et couvent fort peu intéressant au point de vue architectural, transformé en 1785 pour recevoir comme nous l'apprend l'édit « les pauvres de tout âge de l'un et l'autre sexe attaqués du mal vénérien », le Midi n'a guère d'importance que par l'Ecole qu'il abrita et dont Ricord est le représentant le plus autorisé. Cette importance est considérable, mais M. Pignot nous apprend lui-même qu'il ne nous dira rien — tout au moins pour le moment — de Ricord et de ses élèves. Quels documents renferment donc les 150 pages qui forment le très intéressant volume qu'il nous faut analyser ?

Lorsque, en 1496, Sœur Jeanne Lasseline, religieuse et prieure de l'Hôtel-Dieu, portait sur son compte, finissant au dernier jour de septembre, une dépense de quatre-vingts livres parisis pour les malades de « grosse vérolle de Naples » les médecins et les chirurgiens de Paris ne pouvaient plus nier l'existence d'un nouveau fléau qui, depuis deux ans déjà, exerçait force ravages dans la capitale. Le doute n'étant plus possible, il fallait aviser. Aussitôt on prit les mesures les plus sévères : défense fut faite à tout malade de quitter sa demeure avant guérison complète, sauf recours aux curés et aux marguilliers de sa paroisse pour se faire apporter les vivres nécessaires. Les gens du Prévôt, qui le soir fermaient les portes et tendaient les chaînes sur la Seine, furent chargés de « garder et défendre qu'aucun malade de cette maladie n'entrât « apertement ou « secrètement » en ladite ville de Paris. » Toutefois, il fallait pourvoir d'un asile les misérables qui erraient de par les rues le corps rongé par les ulcères infects que causait la syphilis si grave à ses débuts. Le Parlement acheta deux granges situées près de l'abbaye de Saint-Germain-des-Prés, et qui, d'après les cartulaires du chapitre, formaient l'angle de la rue de Sèvres et de la rue du Sépulcre, actuellement rue du Dragon. C'est là qu'on entassa pêle-mêle les malheureux vérolés. Paris put s'en croire un moment débarrassé, mais bientôt ils pullulèrent plus nombreux que jamais, couchant partout au grand jour et allant mendier jusque devant les portes du Palais des Tournelles, sous les yeux de Charles VIII. Bientôt l'Hôtel-Dieu en fut littéralement infecté et en 1505 le Parlement se décida enfin à voter l'érection d'un établissement spécial. Mais comme toujours les ressources manquèrent et ce ne fut qu'en 1635 que les commissaires chargés des intérêts de nos malades, après avoir essayé mais en vain de déposséder les voyageurs indigents du refuge qu'ils trouvaient dans une sorte d'hôtellerie située rue Saint-Denis, près la rue Greneta, et qui se nommait l'hôpital de la Trinité, jetèrent leur dévolu sur un hôpital de la paroisse formant l'angle des rues *Montorgueille et Triquetonne*. C'est là qu'en 1540, après bien des procès et des tergiversations, s'installèrent les vérolés. L'asile était encore insuffisant : aussi la création de l'*hôpital Saint-Germain*, bâti sur l'ancienne Maladrerie du faubourg, par le grand bureau des pauvres que venait de créer François Ier, répondit-elle à un véritable besoin.

L'hôpital Saint-Germain se trouvait rue de Sèvres, sur la paroisse Saint-Sulpice. Il était « ségrégé de voisins » et formé « de petites loges et eschoppes de neuf ou douze pieds en carré chascune. » De là le nom de *Petites-Maisons* sous lequel il fut bientôt connu. Quand les vénériens y entrèrent, en 1559, ils y trouvèrent une compagnie nombreuse de teigneux, d'aliénés, d'épileptiques, d'impotents de toute espèce, rebut de l'Hôtel-Dieu et de la Cour des miracles. Un maître chirurgien nommé par le Bureau remplissait les fonctions de gouverneur et dirigeait en outre le service de santé. Deux prêtres logés dans l'hôpital y célébraient chaque jour les offices. Enfin, quatre portiers veillaient à la police, simplifiée du reste par l'existence de deux cachots à l'usage des pensionnaires indociles. Telle était la maison qui allait abriter pendant plus de deux siècles les pauvres de Paris « entachés de vérole (1). » Durant cette longue période les vénériens n'ont pas d'histoire, mais ne sont pas pour cela plus heureux. Le régime, déjà si dur pour tous, sut se prêter pour eux à des dispositions toutes spéciales. On leur donna le fouet comme à des galériens. Ils ne pouvaient être admis dans les loges sans une correction préalable et on les fustigeait encore à la fin du traitement, avant de les rejeter dans la rue. Les administrateurs espéraient, en ce faisant, que la plupart des malades, plutôt que de subir le supplice ridicule de la flagellation, tenteraient de se passer de secours aussi chèrement payés et de soigner eux-mêmes secrètement leurs ulcères (2). Libre à eux de répandre la contagion au dehors, pourvu que l'hôpital fut débarrassé de leur présence. L'hygiène publique en était là dans ce Paris de Valois que Rabelais trouvait pourtant une « bonne ville pour y vivre. »

L'hôpital Saint-Germain, qui fut véritablement le premier hôpital consacré au traitement des vérolés, eut des fortunes diverses. Afin d'éviter sa discipline trop rigoureuse les malheureux atteints du mal napolitain continuèrent à fréquenter l'Hôtel-Dieu, et quand un édit de Louis XIV créa l'Hôpital-Général, qui comportait la création de plusieurs hôpitaux, qui existent encore aujourd'hui, ce fut Bicêtre qui succéda aux Petites-Maisons comme hôpital des vénériens. Leur sort ne s'y trouva guère amélioré : toutefois ce ne fut encore qu'en 1784 que le ministre de Louis XVI, de Breteuil, épouvanté de leur misérable installation, chercha pour eux un local spécial et trouva rue Saint-Jacques le noviciat des Capucins que les religieux venaient de quitter et qu'on se proposait de démolir. Les bâtiments furent séparés et, malgré l'activité avec laquelle on poussa les travaux, ce ne fut qu'en 1792 que ces malheureux, bien servis par les pressantes instances de Cullerier, eurent un hôpital spécial depuis si longtemps réclamé. Les enfants et les femmes y entrèrent le 12 mars, les hommes à la fin du mois d'août. A part les femmes et les enfants pour lesquels on devait créer l'hôpital de Lourcine les vérolés ne devaient plus quitter l'hôpital des vénériens qui, en 1835, prenait le nom d'hôpital du Midi, « dont la désignation ne blessait aucune convenance. »

L'analyse qui précède, forcément écourtée, ne donnerait qu'une faible idée du travail de M. Pignot si nous n'ajoutions que, parallèlement à toutes ces transformations, l'auteur nous donne les renseignements les plus précieux sur la thérapeutique de la syphilis à toutes les périodes de son évolution historique. C'est encore là toute une étude pleine de faits précis encadrés dans des appréciations de grande valeur et qui fait le plus grand honneur à son auteur. Ajoutons que le style est toujours à la hauteur des idées qu'il est chargé d'exprimer et nous pouvons conclure avec assurance, que le livre de M. Pignot, émaillé à profusion de plans et d'autographes, est appelé au plus grand et au plus légitime succès.

Toute la partie consacrée à l'exposé de la situation des vénériens à travers les siècles ne mérite que des éloges. Malheureusement, il y manque un exposé des réformes accomplies ou en voie de s'accomplir, à l'instigation du Conseil municipal ; les détails sur le budget, etc. Si l'auteur avait consulté le Rapport, fait en 1880 sur l'hôpital du Midi, par le rédacteur de ce journal, et son Rapport sur Lourcine (1882), il y aurait trouvé des éléments utiles et son travail aurait été parfait.

(1) Non pas tous, car beaucoup étaient.... emprisonnés à Bicêtre.

(2) Sans recourir à des manœuvres aussi brutales, certains employés de l'Administration, ne suivant pas les conseils du directeur républicain, ont conservé encore des pratiques qui ont pour résultat d'écarter les malheureux, de les décourager.

© ANM

VARIA

Le Choléra.

Prophylaxie du choléra à Paris (Infractions aux mesures sanitaires). — Le tribunal correctionnel de Paris a eu à juger, cette semaine, trois infractions au règlement sur la police sanitaire, commises par des personnes venues d'Espagne et pour chacune d'elles il s'est montré sévère. La première personne, L., explique que, de retour à Paris, il s'est présenté à sa mairie, mais qu'il n'y avait pas d'employés dans le bureau où on l'a envoyé. Le tribunal l'a condamné à cinq jours de prison et 25 francs d'amende. M. V., ingénieur, explique qu'à son arrivée à Paris il a eu à faire plusieurs visites très pressées et que la formalité à remplir lui est sortie de la mémoire. Il ajoute que, d'ailleurs, il venait d'une partie de l'Espagne éloignée du foyer d'épidémie, qu'il était en parfaite santé; enfin qu'il s'est rappelé la formalité exigée et l'a remplie, mais tardivement. Quant à H., qui accompagnait M. V., il a cru, dit-il, que celui-ci avait rempli les formalités pour eux deux. Ils ont été condamnés chacun à trois jours de prison et 25 francs d'amende.

Le Choléra en Espagne. — Le 13 septembre, on a signalé quelques cas douteux de choléra à Barcelone. Le 12 septembre, on a noté 64 cas de choléra et 37 décès dans les provinces d'Albacète, Alicante, Badajoz, Tarragone, Tolède, Valence; tandis que le 8 septembre il n'y avait que 50 cas et 28 décès, le 13 on a relevé 64 cas de choléra et 44 décès; le 14, il y a eu 70 cas et 33 décès.

Depuis le mois de mai, la statistique du choléra accuse pour l'Espagne 3,472 cas et 1,787 décès.

Lundi 15 septembre, il y a eu dans les provinces d'Albacète, Alicante, Badajoz, Castillon, Tarragone et Valence 79 cas et 34 décès; le 17, 89 cas et 46 décès

Une dépêche du 17, datée de Madrid, constate dans les provinces d'Albacète, d'Alicante, de Tolède et de Valence, 89 cas de choléra et 46 décès.

Abyssinie. — Le choléra a éclaté à Massouah; on a également constaté des cas suspects à Tokar. En conséquence, le commerce des ports de la mer Rouge avec l'intérieur des possessions égyptiennes, par Souakim, est entièrement suspendu.

Russie. — Le choléra s'est déclaré, la semaine dernière, à Vladivostok, port de mer de la province maritime de la Sibérie situé en face du Japon d'où l'épidémie a été, dit-on, importée. Le gouvernement russe a décidé de refuser des passeports aux habitants du Caucase qui voudraient aller en pèlerinage dans les régions de la Turquie et de la Perse qui sont infectées par le choléra.

Le Choléra dans l'Est de l'Europe. — A Sofia, on avait signalé l'apparition du choléra, mais le ministre de l'intérieur a fait démentir ce bruit; il n'y avait que quelques cas de diarrhée sans caractères spécifiques. Le doute est permis sur ce diagnostic. Le nombre des personnes qui succombent, dit une dépêche du 17 septembre, est de 50 par jour.. — On le signale aussi à *Alep*.

Concours pour l'obtention des Bourses de doctorat et Bourses de pharmacie pour l'année scolaire 1890-91.

1° *Bourses de doctorat.* — Par arrêté du ministre de l'instruction publique du 16 septembre 1890 : *Art.* 1er. L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu au siège des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le lundi 27 octobre 1890. — *Art.* 2. Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription seront clos le samedi 18 octobre, à quatre heures. — *Art.* 3. Conformément aux prescriptions du règlement du 15 novembre 1879 susvisé, seront admis à concourir : 1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions, qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire prévu par l'art. 3 du décret du 20 juin 1878. Les épreuves porteront sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle médicale; 2° Les candidats pourvus de huit inscriptions, qui ont subi, avec la note *bien*, le premier examen probatoire et qui justifieront de leur assiduité aux exercices pratiques. Les épreuves porteront sur l'ostéologie, l'arthrologie et la myologie; 3° Les candidats pourvus de douze inscriptions, qui ont subi avec la note *bien* la première partie du deuxième examen probatoire. Les épreuves porteront sur l'anatomie, la physiologie et l'histologie; 4° Les candidats pourvus de seize inscriptions, qui ont subi avec la note *bien* la deuxième partie du deuxième examen probatoire. L'épreuve écrite portera sur la pathologie interne et externe. — *Art.* 4. Les candidats pourvus des grades de bacheliers ès lettres et de bachelier ès sciences restreint qui ont subi chacun de ces examens, avec la note *bien*, peuvent obtenir, sans concours, une bourse de première année.

2° *Bourses de pharmacie.* — Voici le texte de l'arrêté en date du même jour : *Art.* 1er. L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de pharmacie aura lieu au siège des Ecoles supérieures de pharmacie et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le lundi 27 octobre 1890. — *Art.* 2. Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription seront clos le samedi 18 octobre, à quatre heures. Sont admis à concourir : 1° Les candidats pourvus de quatre, huit ou douze inscriptions qui ont subi, avec la note *bien*, les examens de fin de première et de deuxième année et l'examen semestriel; 2° Les pharmaciens de première classe aspirant au diplôme supérieur. Ces différents concours porteront sur les matières suivantes :

Candidats au grade de pharmacien de 1re classe. — Elèves ayant quatre inscriptions. — Compositions écrites : physique, chimie minérale, organographie et anatomie végétale.

Epreuve orale : Pharmacie galénique. Appréciation des notes méritées aux travaux pratiques de première année.

Compositions écrites : Chimie organique, famille des plantes phanérogames, matière médicale. Epreuve orale, pharmacie chimique. Elèves ayant douze inscriptions. Appréciation des notes méritées aux travaux pratiques de deuxième année. Compositions écrites : Analyse chimique, toxicologie, hydrologie. Epreuve orale : zoologie et cryptogamie.

Candidats au diplôme supérieur. — Appréciations des études antérieures. Notes des travaux pratiques de troisième année et des examens probatoires.

Section des sciences physico-chimiques.

Compositions écrites : physique analytique, histoire naturelle générale. Epreuve orale, toxicologie.

Section des sciences naturelles.

Compositions écrites : botanique, zoologie, chimie générale.

Epreuve orale : hydrologie, minéralogie. — *Art.* 4. Les candidats pourvus du grade de bachelier ès lettres ou de bachelier ès sciences complet, qui ont été admis à ce grade avec la note *bien*, peuvent obtenir, sans concours, une bourse de première année.

Vente des eaux minérales.

A diverses reprises, l'Administration de l'Hygiène publique au Ministère de l'intérieur a été saisie de demandes émanant soit de conseils d'hygiène publique et de salubrité des départements, soit de commissions d'inspection de la pharmacie, tendant à obtenir que la vente de certaines eaux minérales fût réservée aux pharmaciens. Le directeur a soumis la question au Comité consultatif d'hygiène publique de France. Dans sa séance du 7 juillet dernier, cette assemblée a émis l'avis qu'il y avait lieu de diviser les eaux minérales en deux groupes : le premier comprendrait les eaux qui, en raison de leur nature ou de leur faible proportion, peuvent être vendues dans tous les dépôts et consommées, sans inconvénients graves, même pendant le repas et sans ordonnance de médecin. Dans le second seraient classées les eaux salines purgatives et les eaux fortement arsénicales. Ces eaux ne pourraient être délivrées au public que par les pharmaciens.

La distinction que le Comité propose d'établir ne concordant pas avec les dispositions de l'ordonnance royale du 18 juin 1823, il serait nécessaire, pour donner suite à cette proposition, de soumettre à l'examen du conseil d'Etat un projet de décret portant modification de l'ordonnance précitée. Mais, au préalable, et pour permettre au conseil d'Etat de se prononcer en pleine connaissance de cause, M. le Directeur a pensé qu'il y aurait lieu de déterminer les eaux qui devraient figurer dans la seconde catégorie. Il lui a paru qu'il appartenait à l'Académie de médecine, en vertu de son décret d'institution et des avis qu'elle est appelée à émettre sur les demandes d'autorisation d'eaux minérales, d'établir cette classification. En conséquence, il a prié l'Académie de vouloir bien se saisir de l'affaire.

L'Hygiène à Lyon (1).

Circulaire de M. le Préfet du Rhône, à Messieurs les Maires du département.

Monsieur le Maire,

J'ai été souvent frappé de l'insuffisance des moyens de défense mis à votre disposition contre le développement des maladies épidémiques et contagieuses dans les écoles publiques et libres.

(1) Diverses circonstances nous ont empêché de publier plus tôt les articles suivants, qui n'ont pas d'ailleurs perdu de leur intérêt et de leur utilité pratique.

© ANM

Il semble qu'il n'y ait pas de milieu entre la fermeture complète des écoles et une tolérance qui laisse les enfants exposés à tous les dangers de la contamination.

Je n'ai pas besoin d'insister sur les graves inconvénients que présente à tous les points de vue la fermeture des écoles ; elle est une charge pour les parents, et l'éducation morale des enfants abandonnés à eux-mêmes en souffre plus encore que leur instruction. Cependant cette mesure devient trop souvent nécessaire. Les états mensuels que les directeurs d'écoles doivent, aux termes de la loi, vous adresser, ainsi qu'à MM. les inspecteurs primaires, ne permettent pas de suivre au jour le jour l'état sanitaire des enfants ; c'est ainsi que les maladies se propagent et qu'il ne reste plus à l'autorité qu'à fermer les écoles publiques ou libres, au grand détriment de ces établissements et de la population tout entière.

Des mesures préventives restreintes à l'enfant malade et à ceux qui habitent le même logement que lui, éviteraient cette fermeture et empêcheraient le développement du mal.

L'arrêté dont vous trouverez le texte ci-après a pour but de répondre à ce double intérêt ; il vous met à même d'agir conformément à l'art. 97 de la loi municipale de 1884, qui vous charge du soin de prévenir les épidémies avec le concours de l'Administration supérieure. Il devra désormais vous être fait déclaration des personnes atteintes de maladies contagieuses ; mais même dans le cas où cette déclaration ne vous aurait pas été faite, l'exécution de cet arrêté vous permettra, ainsi qu'à l'instituteur, de mettre les enfants des écoles à l'abri de toute contagion.

L'arrêté fixe le délai pendant lequel l'enfant malade ou ceux qui habitent le logement d'un malade devront être exclus de l'école ; et dans le cas d'une absence pour cause de maladie inconnue, il n'autorise la réadmission de l'enfant que sur le vu d'un certificat médical. Je ne doute pas que les directeurs ou directrices d'écoles, quelles que soient ces écoles, ne vous prêtent, dans l'intérêt des enfants dont ils ont la charge, le concours le plus absolu.

Vous remarquerez que je mets à votre disposition une étuve mobile à désinfection. Cette mesure est déjà connue à Lyon et dans les environs et il ne se passe point de jours que cette étuve ne me soit demandée. Non seulement les personnes habitant le logement du malade, mais les voisins mêmes en réclament l'emploi devenu rapidement populaire dans la banlieue de Lyon. Vous aurez soin d'en recommander et d'en propager l'usage, il n'est rien qui puisse donner plus de sécurité, et il n'en résulte aucun dégât pour les meubles, linges et matelas.

Enfin, le dernier article de l'arrêté que je vous transmets vise les obsèques des enfants décédés. C'est une coutume touchante que celle de les faire accompagner à leur dernière demeure par leurs petits camarades ; mais tout en la respectant, il importe d'éviter à ceux-ci des contacts qui les exposeraient à d'inutiles dangers.

MM. les instituteurs veilleront à ce que leurs élèves ne pénètrent point dans des logements infectés et ne portent point de fleurs, de couronne, ni de draps auxquels les germes morbides ont pu s'attacher.

Ces mesures de précaution sont simples et peuvent être facilement pratiquées : les populations ont une tendance en cas d'épidémie soit à s'effrayer avec excès, soit à négliger toute précaution ; c'est le devoir des représentants de l'autorité de se préoccuper de la santé publique, et de tenir compte de cette disposition des esprits. Les mesures destinées à prévenir les épidémies doivent peu à peu pénétrer dans les mœurs. Dans ce but, elles doivent surtout être prises quand l'état sanitaire est satisfaisant comme aujourd'hui. C'est dans cette pensée qu'a été rendu l'arrêté ci-après, et je ne doute point que s'il est appliqué prudemment il ne soit très efficace. Vous aurez soin de faire placarder dans votre commune cet arrêté que vous recevrez en affiche par pli spécial.

Recevez, M. le Maire, etc. *Le Préfet du Rhône,*
Jules CAMBON.

ARRÊTÉ CONCERNANT LA DÉCLARATION DES MALADIES ÉPIDÉMIQUES ET LES MESURES A PRENDRE CONTRE LEUR DÉVELOPPEMENT DANS LES ÉCOLES.

Le Préfet du Rhône, officier de l'Ordre national de la Légion d'honneur. Vu la loi des 16-24 août 1790 ; Vu la loi du 5 avril 1884, art. 97 ; Vu la loi du 28 mars 1882, art. 10 ; Vu la loi du 30 octobre 1886, art. 6 ; Vu la circulaire ministérielle du 14 novembre 1879 ; Vu l'arrêté préfectoral, en date du 31 mars 1882 ; Vu l'avis du Conseil d'hygiène du Rhône, en date du 27 mai 1889 ; Vu l'avis du médecin des épidémies ;

Considérant qu'il appartient à l'autorité publique de prévenir par les précautions convenables les maladies épidémiques et contagieuses ; — Qu'il importe qu'elle soit avisée en temps opportun pour que les mesures nécessaires puissent être prises ;

En ce qui concerne particulièrement les enfants : Considérant que la loi du 30 octobre 1886 a soumis les écoles publiques ou privées à la visite des médecins-inspecteurs ; — Que ces visites espacées ne permettent pas de connaître dès les débuts une maladie contagieuse et d'en empêcher le développement ; — Qu'il en est de même de l'état mensuel des absences que les instituteurs publics ou libres doivent transmettre au maire et à l'inspecteur primaire ; — Qu'il y a donc lieu de prendre des mesures pour que l'autorité soit immédiatement avisée lorsque des cas de maladies transmissibles se produisent parmi les enfants d'une école ; — Que c'est seulement ainsi que des secours et des avis appropriés pourront être donnés aux parents, et qu'il sera possible d'éviter la fermeture de l'école par mesure générale ; — Qu'enfin il est d'usage, dans certaines localités, que les enfants décédés sont portés le jour de leurs obsèques par leurs camarades d'école, et qu'il y a lieu de restreindre cette coutume respectable aux cas où elle ne peut présenter aucun danger, ARRÊTE :

Article premier. — Il devra être fait déclaration à la mairie de chaque commune des personnes atteintes de maladies transmissibles, et notamment de la diphtérie (angine diphtéritique et croup), de la variole et de la fièvre typhoïde, par les parents du malade ou par les personnes en ayant la garde. Les maires adresseront à la Préfecture du Rhône (service des épidémies) avis de tous les cas de maladies sus-visées qui leur auront été déclarés ou qui seront arrivés à leur connaissance.

Art. 2. — En pareil cas, il sera procédé aux mesures de désinfection conformément aux instructions du Conseil d'hygiène et de salubrité du département du Rhône, jointes au présent arrêté. Ces mesures devront également s'appliquer aux vêtements, linges et literie des personnes habitant le même local que le malade.

Art. 3. — A cet effet, à partir du lundi 3 juin 1889, une étuve mobile sera mise par nous à la disposition des maires des communes, et leur sera envoyée avec le personnel nécessaire à son fonctionnement sur toute demande qui nous sera adressée.

Art. 4. — L'entrée de l'école sera interdite à tous les enfants habitant le même logement qu'une personne atteinte d'une maladie transmissible, pendant toute la durée de la maladie et de la convalescence.

Art. 5. — Dans le cas où une maladie contagieuse aurait frappé un enfant suivant une école publique ou libre, un asile ou une école maternelle, les maires préviendront aussitôt le directeur ou la directrice. L'enfant malade ne pourra être réadmis à l'école qu'après la guérison complète pour la coqueluche et qu'après un délai minimum de 50 jours pour la diphtérie ; de 40 jours pour la scarlatine et la variole ; de 25 jours pour la rougeole.

Art. 6. — Lorsqu'un enfant aura manqué l'asile ou l'école pour cause de maladie, et que le directeur ou la directrice n'auront pas été prévenus par le maire, conformément à l'article 5, ces derniers devront en aviser immédiatement l'autorité municipale, qui recherchera la nature de la maladie et qui, s'il y a lieu, prendra les mesures prescrites par les articles ci-dessus.

Art. 7. — Lorsqu'un enfant sera resté absent de l'école pendant plus d'une semaine pour cause de maladie restée inconnue du maire ou de l'instituteur, il devra présenter à sa rentrée un certificat du médecin traitant ou du médecin-inspecteur de l'école, constatant qu'il n'a été atteint d'aucune maladie transmissible.

Art. 8. — Dans le cas où un enfant aurait succombé à une maladie transmissible et notamment à la diphtérie, à la variole, à la fièvre scarlatine ou à la rougeole, il est interdit de laisser entrer les enfants le jour des obsèques dans le logement du

© ANM

défunt, de les charger de porter le corps à bras ou de tenir les cordons du poêle, ainsi que les couronnes ou les fleurs placées sur le lit du décédé.

Art. 9.— M. l'Inspecteur d'Académie, directeur de l'Enseignement primaire, MM. les Maires, MM. les Commissaires de police, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Le Préfet du Rhône.
Jules CAMBON.

ARRÊTÉ CONCERNANT LE TRANSPORT DES MALADES ATTEINTS DE MALADIES CONTAGIEUSES.

Le préfet du Rhône, officier de la Légion d'honneur.

Vu la loi du 5 avril 1884, article 97, 99 et 104 ; — Vu l'avis du conseil d'hygiène publique et de salubrité, en date du 18 mai 1889 ; — Vu la lettre du président du conseil d'administration des hospices, en date du 22 mai 1889 ; — Considérant que les voitures ayant servi au transport des malades atteints d'affections contagieuses ou transmissibles sont un mode actif de propagation de ces maladies ; — Que le transport de ces malades dans les hôpitaux est assuré par l'administration des hospices au moyen de voitures spéciales ; Considérant d'autre part que, dans le cas où des voitures publiques auraient transporté des malades atteints d'affections contagieuses ou transmissibles, il importe d'en assurer la désinfection avant de les laisser de nouveau à la disposition du public ; — Qu'en ce qui concerne particulièrement celles de ces voitures qui sont destinées au transport en commun des voyageurs, les facilités de contagion y sont plus grandes que dans les autres voitures, qu'il est impossible d'y exercer une surveillance de nature à fournir des informations précises à cet égard, et qu'une mesure générale est seule susceptible d'application pour protéger les personnes qui les fréquentent et s'y succèdent incessamment.

ARRÊTE : Article 1er. — Des voitures spéciales pour le transport des malades atteints de maladies contagieuses ou transmissibles sont mises par l'administration des hospices à la disposition du public. Elles peuvent être demandées conformément à l'avis ci-annexé, lorsqu'il s'agit de transporter ces malades de leur domicile, soit à l'hôpital, soit en tout autre lieu. Le prix du transport est fixé conformément au tarif municipal des voitures de place. Le transport est gratuit pour les indigents.

Art. 2. — Les voitures publiques, dites voitures de remise, voitures de place ou fiacres, qui auront transporté des malades atteints de maladies contagieuses ou transmissibles, devront être désinfectées avant d'être remises en circulation.

Art. 3. — Les voitures de toute nature amenant des malades dans les hospices ou hôpitaux de Lyon (*Hôtel-Dieu, Hôpital de la Croix-Rousse, Hospice de la Charité, Hospice de l'Antiquaille*), seront tenues d'entrer dans la cour intérieure de ces établissements, où seulement les malades seront descendus. Lesdites voitures ne pourront repartir qu'après qu'il leur aura été délivré un bulletin indiquant que les malades transportés ne sont pas atteints de maladies contagieuses ou transmissibles. Le bulletin devra être remis par le conducteur de la voiture au concierge de l'établissement.

Art. 4. — Au cas où il serait constaté que les malades amenés à l'hôpital ou hospice sont atteints de maladies contagieuses ou transmissibles, les voitures ne pourront repartir qu'après avoir été désinfectées. Un règlement intérieur de l'administration des hospices déterminera les conditions dans lesquelles se fera cette désinfection. Les conducteurs ou propriétaires des voitures seront tenus de se conformer strictement aux conditions imposées.

Art. 5. — Il est interdit aux tramways, chars, omnibus, bateaux-mouches et à toute voiture destinée au transport en commun des voyageurs dans l'intérieur de la ville et dans les communes faisant partie de l'agglomération lyonnaise, de transporter des malades autres que les blessés.

Art. 6. — Le présent arrêté sera affiché dans tous les bureaux de voitures publiques.

Art. 7. — MM. les maires des communes faisant partie de l'agglomération lyonnaise, MM. les commissaires de police, M. le commandant des gardiens de la paix, sont chargés d'assurer, chacun en ce qui le concerne, l'exécution du présent arrêté dont ampliation sera adressée, à tous les entrepreneurs de voitures publiques.

Le Préfet du Rhône, Jules CAMBON.

Services des voitures spéciales de transport des malades atteints de maladies contagieuses. — Avis.

La voiture spéciale pour le transport des malades atteints d'affections contagieuses ou transmissibles sera immédiatement envoyée à domicile, sur toute demande écrite, verbale ou télégraphique, des maires, des médecins, des commissaires de police ou des parents. Toutefois, lorsque la demande sera faite par les parents, elle devra être accompagnée d'un certificat médical indiquant la nature de la maladie. Les demandes devront être adressées à l'administration des hospices.

La mort de Gœthe.

M. le Pr Dowden vient de publier, dans le *Fortnightly Review*, la lettre d'un docteur W. Weissenborn, ami particulier de la famille de Gœthe. Cette lettre, écrite en anglais, est datée du 28 mars 1832. Il nous a paru intéressant de publier, d'après le *Temps*, ce document sur la mort de Gœthe, l'illustre encyclopédiste allemand; poète de génie et grand naturaliste, il vaut bien cette courte mention, même dans un journal de science. Nous nous bornons à quelques réflexions à ce propos. Ce docteur Weissenborn était-il médecin ? On ne s'en douterait guère en parcourant son observation. A lire entre les lignes, on devine une *péritonite*, totale ou partielle, ou quelque chose d'analogue (étranglement interne, etc.). Nous donnons l'hypothèse pour ce qu'elle vaut.

« Gœthe est tombé malade le 16 de ce mois ; il souffrait d'une fièvre catarrhale qui céda bientôt à la médication mise en œuvre et, le 17, il annonçait à son médecin, le docteur Vogel, l'intention où il était de reprendre ses travaux le lendemain. Sa famille croyait le péril conjuré, quand il fut pris, dans la nuit du 17 au 18, de de frissons et de vives douleurs abdominales. Vogel fut appelé en toute hâte ; il essaya de réagir et parvint à produire chez l'illustre malade une abondante transpiration, mais sans triompher du mal. De ce moment, les symptômes prirent un caractère alarmant. Le 21 au matin, les prodromes de la mort furent visibles, les membres glacés, le visage profondément altéré : il y avait paralysie du poumon (1). Gœthe sommeilla quelque peu dans la nuit du 21 au 22, mais la fin venait manifestement. A sept heures du matin, néanmoins, il se leva, car il se sentait moins mal et comptait passer un bon été. En retombant dans son fauteuil avec l'aide des personnes qui le soutenaient, il resta d'abord sans souffle et dans une sorte d'insensibilité (2); puis il sortit de cette stupeur pour articuler des paroles quelque peu incohérentes. Tout indiquait pourtant qu'il n'éprouvait pas de souffrance. Par exemple, il demandait qu'on tirât les rideaux (3); il ordonnait à son domestique de lui apporter une enveloppe pour une lettre imaginaire. Environ une heure et demie avant de mourir, il pria sa bru de se retirer et dit à son domestique : « Combien as-tu vendu les manuscrits que tu m'as soustraits ?.... Car je ne suppose pas, ajouta-t-il après un instant, que tu les aies pris pour en faire des cadeaux (4) ? » Pendant la dernière heure, il fit constamment le geste d'écrire avec son doigt, sur la couverture qui enveloppait ses genoux (5), un W, — première lettre de son prénom : Wolfgang. Vers onze heures, tout mouvement cessa; sa tête se renversa sur le fauteuil, et à onze heures un quart il rendit le dernier soupir, sans autre agonie qu'un ou deux efforts pour lutter contre la suffocation. »

M. B.

(1) Ceci demanderait une explication.
(2) Syncope, peut-être ; elle fut sans doute provoquée par la grande imprudence commise.
(3) Photophobie (?).
(4) Délire professionnel.
(5) Carpologie, sans doute.

NOUVELLE-ZÉLANDE. — STATISTIQUE DE L'ALIÉNATION MENTALE. — Au 31 décembre dernier, on comptait dans cette colonie anglaise 176 aliénés, c'est-à-dire une augmentation de 80 aliénés sur la statistique de l'année 1888. Le nombre des cas de guérison a été en moyenne de 57.12 pour cent et celui de la mortalité 4.54 pour cent. On doit remarquer la proportion relativement considérable du nombre des aliénés par rapport au chiffre modeste de la population de cette colonie anglaise.

© ANM

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 7 sept. 1890 au samedi 13 sept. 1890, les naissances ont été au nombre de 989 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 384 ; illégitimes, 123, Total, 507. — *Sexe féminin :* légitimes, 369 ; illégitimes, 113, Total, 482.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 7 sept. 1890 au samedi 13 sept. 1890, les décès ont été au nombre de 793 savoir : 438 hommes et 355 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 9, F. 8, T. 17. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 17, F. 7, T. 20. — Scarlatine : M. 4, F. 2, T. 6. — Coqueluche : M. 2, F. 4, T. 6. — Diphthérie, Croup : M. 18 F. 6, T. 24. — Choléra : M. 00, F. 00, T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 111, F. 50, T. 151. — Autres tuberculoses : M. 13, F. 11, T. 24. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 2, T. 2. — Tumeurs malignes : M. 21, F. 24, T. 45. — Méningite simple : M. 16, F. 10, T. 26. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 17, F. 13, T. 30. — Paralysie : M. 3 F. 1, T. 4. — Ramollissement cérébral : M. 5 F. 4, T. 9. — Maladies organiques du cœur : M. 12, F. 25, T. 37. — Bronchite aiguë : M. 6 F. 5, T. 11. — Bronchite chronique : M. 8, F. 12, T. 20. — Broncho-Pneumonie : M. 6, F. 9, T. 15 — Pneumonie : M., 13 F. 11, T. 24 — Gastro-entérite, biberon, M. 43 F. 38, T. 81. — Gastro-entérite, sein : M. 4, F. 11, T. 17. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 5, F. 3, T. 18. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 4, T. 4. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 0, T. 0 Débilité congénitale : M. 13, F. 10, T. 23 — Sénilité : M. 11, F. 12, T. 23. — Suicides : M. 13, F. 5, T. 18. — Autres morts violentes : M. 8, F. 2, T. 10. — Autres causes de mort : M. 69, F. 64, T. 133. — Causes restées inconnues : M. 5, F. 0, T. 5.

Mort-nés et morts avant leur inscription: 83, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 33, illégitimes, 18 Total : 51. — *Sexe féminin :* légitimes, 20 ; illégitimes, 12 Total : 32

CONSEIL D'HYGIÈNE ET DE SALUBRITÉ DE LA SEINE. — Dans la dernière séance du conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, M. Lépine, secrétaire général de la préfecture de police, a fait connaître que M. le préfet avait transmis le 30 juin dernier, avec avis favorable, au Ministre du commerce, un rapport du conseil d'hygiène tendant au classement, au nombre des établissements insalubres, dangereux et incommodes, des stations d'électricité et des usines de force motrice. Le comité consultatif des arts et manufactures, appelé à examiner cette affaire, a émis l'avis qu'il n'y avait pas lieu de classer les établissements dont il s'agit, et le ministre a adopté cet avis.—Dans la même séance, le conseil, sur le rapport du docteur Brouardel, a émis l'avis qu'il y avait lieu d'autoriser, dans les conditions actuelles, le fonctionnement de l'appareil crématoire établi au cimetière du Père-Lachaise.

EMPOISONNEMENT PAR LES CHAMPIGNONS. — L. S.... de Lyon, sa sœur et deux autres personnes ont été empoisonnés par des champignons. L'homme est mort.

EPIDÉMIE DE VARIOLE A MADRID. — L'épidémie de variole que nous avons signalée à Madrid dans un de nos précédents numéros s'est propagée dans tous les quartiers de la ville. Depuis le 1er septembre, il y a eu de 22 à 40 cas par jour, avec une moyenne de 6 décès par jour. La maladie frappe surtout les enfants et les pauvres. — *A Paris*, la semaine dernière, on comptait cinq cas de mort par variole. *C'est plus que n'en perd en un an la ville de Berlin*, protégée par la vaccination et la revaccination obligatoires. Voilà qui devrait donner à réfléchir à nos gouvernants.

FIÈVRE TYPHOÏDE A TROUVILLE. — M. le Dr de l'hygiène publique au ministère de l'intérieur, vient de prescrire une enquête au sujet des cas de fièvre typhoïde qui se sont développés récemment à Trouville, épidémie dont vient d'être victime une actrice célèbre, Mme J. Samary.

NOMINATIONS. — Par décision ministérielle en date du 10 septembre 1890, ont été inscrits à la suite du tableau d'avancement, au grade de médecin principal de 2e classe établi pour 1890 : MM. les médecins-majors de 1re classe ANNEQUIN et ROUFLAY.

NÉCROLOGIE—L'*Union médicale du Nord-Est* annonce la mort du Dr H. DELACROIX (de Reims), médecin distingué. Le Dr Delacroix était fils, petit-fils et arrière-petit-fils de médecins ; il était médecin de l'Hôtel-Dieu de Châlons et vice-président de l'Association des médecins de la Marne. Parmi ses principaux ouvrages, nous citerons sa thèse : *Lésions traumatiques du cristallin* (1866). Il a publié, dans les anciens *Bulletins* de la Société et dans l'*Union médicale du Nord-Est*, des observations et des mémoires sur *la luxation du cristallin*, sur les *corps étrangers* et sur *les blessures de l'œil par armes à feu*. Au Congrès de Reims, en 1880, il présentait un résumé de *mille traumatismes de l'œil*. Citons encore ses travaux sur le *traitement des hératites suppuratives*, sur les *accidents tardifs de la cataracte*, sur l'*hypopion* et l'*hyphéma*, sur l'*aniridie*, sur les *applications de la cocaïne*. En 1886, il présida la *Société médicale*. Son dernier mémoire, publié récemment, est intitulé : *complications oculaires de l'influenza*. Homme de bien, estimé de tous, H. Delacroix laisse d'unanimes regrets. Dans ses loisirs il a publié nombre de pièces de vers, de fines critiques d'art. On lui doit aussi comme dessinateur des œuvres fort originales. — Le célèbre accoucheur SIR MATTKENS DUNCAN (de Londres) vient de mourir subitement à Baden-Baden. Il était atteint depuis quelque temps déjà d'une affection du cœur. — Le Dr GAUDON (du Blanc). — BURGUET (de Sollebœuf). — DELACROIX (de Verzy). — M. le Dr Ernest HARDY, chef des travaux chimiques à l'Académie de médecine, chef adjoint du laboratoire de l'Hôtel-Dieu, membre du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, décédé au château de l'Ile-Chevalier (Finistère).

Maison d'opérations et Pensionnat de famille à céder, après 25 ans d'affaires, par un médecin ; loyer 2,800 fr. — 15 grandes chambres, jardin. — S'adresser, pour *visiter le matin :* Me FROC, 178 *bis*, rue de Vaugirard, près l'Institut Pasteur.

Phthisie, Bronchites chroniques. —EMULSION MARCHAIS.

Phthisie. VIN DE BAYARD à la peptone phosphatée, le plus puissant reconstituant de la thérapeutique. Une à deux cuillerées par repas.

PEPTONATE DE FER ROBIN. — 10 à 20 gouttes par repas. (Chloro-Anémie).

Précieuse. Source de VALS, très efficace contre les affections du Foie et de la Vessie. (Calculs, Gravelle, Diabète, Goutte, etc.) *Prescrite par les Médecins des Hôpitaux de Paris.*

Albuminate de fer soluble (LIQUEUR DE LAPRADE) le plus assimilable des ferrugineux (Pr Gubler). Une cuillerée à chaque repas. Chlorose et troubles de la menstruation, c'est le fer gynécologique par excellence.

Dyspepsie. — VIN DE CHASSAING. —*Pepsine.* — *Diastase.*

ANÉMIE LA BOURBOULE Enfants débiles, voies respiratoires MALADIES DE LA PEAU, RHUMATISMES DIABÈTE

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès Médical.

L'ANNÉE MÉDICALE (DOUZIÈME ANNÉE, 1889). — Résumé des progrès réalisés dans les sciences médicales, publié sous la direction du Dr BOURNEVILLE, médecin de l'hospice de Bicêtre, rédacteur en chef du *Progrès médical*, avec la collaboration de MM. Aigre, Baratoux, M. Baudouin, R. Blanchard, F. Bottey, E. Brissaud, P. Budin, Capitan, Comby, L. Cruet, Delfau, Guinon, Isch-Wall, A. Josias, P. Keraval, Kœnig, P. Loye, A. Malherbe, P. Marie, Maunoury, Maygrier, Œttinger, R. Picqué, Plicque, P. Poirier, F. Poncet, G. Raymond, A. Sevestre, P. Sollier, Tavernier, R. Vigouroux. Un beau volume in-18 charpentier de 460 pages. — Prix : 4 fr. ; pour nos abonnés, prix : 3 fr. ; (dans nos bureaux), par la poste, 3 fr. 50.

ŒUVRES COMPLÈTES DE J.-M. CHARCOT

Tome VII

MALADIES DES VIEILLARDS (Goutte et Rhumatisme). — Un beau volume in-8° de 615 pages, avec 19 figures dans le texte et 4 planches en chromolithographie. — Prix : 12 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 9 fr.

RECHERCHES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES SUR L'EPILEPSIE, L'HYSTÉRIE ET L'IDIOTIE (*Compte rendu du Service des Enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pendant l'année* 1889), par Bourneville, Sollier et Pilliet. Un volume in-8° de LVI-488 pages. — Prix . . . . . 5 fr.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

© ANM

18e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XII. N° 39. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 27 SEPTEMBRE 1890.

Le Progrès Médical

CLINIQUE INFANTILE

HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS. — M. SEVESTRE.

Nature et traitement de la Diphtérie.

Leçon recueillie par L. GUINON, ancien interne des hôpitaux.

SOMMAIRE. — Mode d'action du bacille de Klebs : — il sécrète un poison ; — résultats des injections faites avec les liquides de culture filtrés. — Infections secondaires par les micro-organismes accessoires. — Réserves nécessaires sur les expériences bactériologiques.

Nature de la diphtérie : — c'est une maladie microbienne, primitivement locale.

Indications thérapeutiques, tirées de la connaissance des données précédentes.

A. — Antisepsie locale : — traitement de Gaucher ; — applications topiques de liquides antiseptiques ; — lavages à grande eau ; — pulvérisations ; — traitement par la glace.

Antisepsie locale indirecte : — benzoate de soude ; — cubèbe ; — injections sous-cutanées de liquides antiseptiques. — Antisepsie du tube digestif.

B. — Antisepsie générale.

C. — Traitement général : — alimentation ; — toniques ; — antisepsie de la peau ; aération.

D. — Traitement des complications.

Messieurs,

L'examen rapide que j'ai fait, dans notre dernière réunion, des recherches bactériologiques relatives à la diphtérie n'avait pas seulement pour but de faire connaître à ceux d'entre vous qui les ignoraient encore des notions intéressantes par elles-mêmes ; j'avais encore un autre objectif et je me proposais surtout d'utiliser ces notions nouvelles pour éclairer l'étiologie de la diphtérie, pour déterminer avec plus de précision les conditions de propagation de cette maladie, et pour diriger les mesures de prophylaxie.

Nous devons aujourd'hui continuer cet examen, et rechercher en particulier si la doctrine microbienne peut nous renseigner sur la nature de la diphtérie et nous fournir des indications pour le traitement.

Les recherches de MM. Roux et Yersin, vous vous le rappelez, ont établi ce premier point, très important, à savoir : que *le bacille de Klebs ne se trouve pas*, en général du moins, *dans le sang ni dans les viscères*, mais qu'il *existe toujours dans les fausses membranes* ; en outre, nous savons qu'il est *là associé à un certain nombre d'autres micro-organismes*. Nous devons donc avant tout, dans cette étude pathogénique, déterminer quel est le mode d'action du bacille de Klebs, et quelle part revient, dans la production des accidents, aux microbes secondaires qui lui sont associés.

A la première question, l'expérimentation répond d'une façon très nette. *Le bacille diphtéritique sécrète un poison :* telle est la conclusion formelle résultant des recherches de Klebs, de Lœffler et plus particulièrement encore de celles de Roux et Yersin.

Si l'on filtre sur porcelaine une culture du bacille, tous les microbes sont retenus sur le filtre, et le liquide qui passe ne donne plus de culture ; injecté aux animaux, il ne produit pas de fausses membranes, mais il détermine chez eux des accidents d'empoisonnement, variables d'ailleurs suivant la dose injectée et suivant l'âge de la culture.

Le liquide provenant d'une culture de sept jours, injecté à forte dose (35 c. c. dans la cavité péritonéale d'un cobaye ou dans les veines d'un lapin), tue les animaux en 5 ou 6 jours. L'empoisonnement ainsi provoqué est caractérisé par un affaiblissement progressif, une respiration haletante, irrégulière, souvent des urines sanglantes, et à l'autopsie on trouve les ganglions inguinaux et axillaires congestionnés, tous les vaisseaux dilatés, surtout ceux des reins et des capsules surrénales, un épanchement dans les plèvres, etc.

Si l'intoxication est moins profonde et moins aiguë, les animaux peuvent survivre et présentent alors des paralysies, mais au bout d'un certain temps finissent cependant par succomber. Lorsque la dose injectée est très faible (2 à 4 c. c.) il peut même ne survenir aucun accident.

D'un autre côté, si le liquide provient de cultures plus anciennes, dans lesquelles le poison est plus abondant, les effets sont plus rapides et les animaux peuvent succomber au bout de quelques heures, après avoir présenté la même série de phénomènes et en outre une diarrhée profuse.

En somme, l'ingestion d'un liquide de culture privé de bacilles par la filtration produit chez les animaux des accidents comparables à ceux de la diphtérie toxique (1) et, par suite, nous sommes autorisés à admettre que les accidents observés chez l'homme, dans les cas de diphtérie toxique, sont dus à un poison très actif élaboré par le bacille.

Mais cette notion, quelque importante qu'elle puisse être, ne suffit pas cependant, Messieurs, à expliquer tous les phénomènes observés, et si vous voulez pénétrer plus avant dans la physiologie pathologique de la diphtérie, vous devrez tenir compte aussi des effets que peuvent produire les autres micro-organismes qui se trouvent toujours en proportion variable associés au bacille de Klebs ; au nombre de ces microbes je vous signale, comme plus particulièrement actifs, les staphylococcus pyogènes albus et aureus, le streptococcus pyogène, etc. MM. Roux et Yersin, MM. Kolisko et Paltauf les ont vus dans les fausses membranes ; on les trouve dans le pus des abcès qui viennent parfois compliquer l'angine. Dans les autopsies, on peut les rencontrer dans les ganglions, dans les reins, dans les poumons.

La connaissance de ces faits nous rend compte de certains cas dont l'explication serait, autrement, assez difficile à donner. Le docteur Locquin, ayant été mordu au pouce par un enfant atteint de diphtérie, n'eut pas de fausse membrane sur cette plaie, mais vit, au bout de quelques jours, survenir un abcès. Le docteur Pouquet,

(1) MM. Roux et Yersin ont en outre reconnu, dans des recherches ultérieures (*Annales de l'Institut Pasteur*, juin 1889), que le liquide est d'autant plus toxique qu'il est plus franchement alcalin, et que, si on ajoute un acide (lactique ou tartrique), on lui enlève en grande partie son pouvoir toxique.

© ANM

s'étant piqué au doigt pendant une trachéotomie, échappa à la diphtérie, mais eut un érysipèle accompagné d'accidents généraux graves, et donna un érysipèle de la face au confrère qui le soignait ; il paraît tout naturel d'attribuer ces accidents aux microbes contenus dans les fausses membranes.

Mais, en dehors même de ces cas un peu insolites, les données qui précèdent ont une portée plus grande : il paraît démontré maintenant (Darier) que la broncho-pneumonie de la diphtérie n'est pas une conséquence directe de cette maladie, mais qu'elle résulte d'une *infection secondaire* ; la même interprétation doit être admise pour les abcès dont je vous parlais tout à l'heure, et en somme pour une bonne partie des complications de la diphtérie.

Nous n'avons donc pas seulement à lutter contre un microbe, le bacille de Klebs, mais contre toute une série de bactéries pathogènes qui, à la faveur de la dénudation épithéliale produite par l'angine, pénètrent dans l'organisme. Il faut même ajouter que, pour certains de ces micro-organismes, l'invasion est d'autant plus facile qu'ils existent normalement dans la bouche et n'attendent en quelque sorte qu'une occasion propice pour infecter l'organisme. D'autres, au contraire, viennent du dehors au même titre que le bacille de Klebs.

Vous voyez, Messieurs, par le rapide aperçu qui précède, quel intérêt présentent pour l'étude de la diphtérie les recherches bactériologiques ; il faudrait bien se garder cependant d'en exagérer l'importance. Certains bactériologistes hésitent encore aujourd'hui à admettre que le bacille de Klebs soit caractéristique, et, d'autre part, il est certain que les observations cliniques ne concordent pas toujours d'une façon absolument précise avec les inductions de l'expérimentation. Tout au moins y a-t-il lieu de faire quelques réserves.

On nous dit, par exemple, que chez l'animal en expérience, il est nécessaire qu'il y ait préalablement une lésion de la muqueuse pour que la fausse membrane se développe ; or, chez l'homme, cette lésion de la muqueuse n'est qu'une circonstance favorable à la contagion, mais elle n'est pas indispensable. Sans doute la rougeole, la scarlatine, l'angine simple, l'hypertrophie et l'état lacunaire des amygdales créent une prédisposition à la diphtérie, mais il n'est malheureusement que trop fréquent de voir la maladie se développer en dehors de toute lésion antérieure appréciable.

La théorie microbienne nous donne aussi de l'infection diphtéritique une interprétation fort séduisante et qui, si elle était démontrée, couperait court aux discussions sur la nature de cette maladie. Dans une première phase, dit-on, la fausse membrane se développe, puis secondairement se fait l'infection générale, laquelle tire son origine des poisons élaborés dans la fausse membrane. La diphtérie ne serait donc pas, comme on l'a dit et comme l'admettent encore quelques médecins, une maladie générale d'emblée, dont la fausse membrane est simplement une manifestation au même titre que la pustule variolique est fonction de variole ; ce serait une maladie primitivement locale, et pouvant rester telle dans certains cas ; mais alors même qu'elle donnerait lieu à des phénomènes généraux, ceux-ci ne seraient jamais que secondaires, et résulteraient de l'absorption des produits solubles engendrés dans la fausse membrane.

Malheureusement, Messieurs, la clinique nous révèle des faits que ces données ne peuvent expliquer : tel est, par exemple, le cas cité par Masterman (1) : une femme, arrivée au terme de sa grossesse, contracte la diphtérie à laquelle elle succombe ; au moment de la mort, on fait la version et l'on extrait un enfant parfaitement vivant, nullement souffrant dans sa nutrition, bien que la mère fut depuis huit jours empoisonnée par une diphtérie toxique ? Or, le placenta sain peut bien empêcher le passage des micro-organismes, mais comment n'a-t-il pas laissé filtrer les poisons solubles, et comment l'enfant a-t-il été épargné, alors que l'on attribue la mort de la mère à l'infection déterminée par ces produits solubles ?

D'autre part, la gravité des phénomènes infectieux n'est nullement en rapport avec l'étendue des fausses membranes, et les cas ne sont pas très rares dans lesquels les malades succombent rapidement à des accidents hypertoxiques, sans qu'il y ait eu autre chose que des fausses membranes insignifiantes. Par exemple, M. Cadet de Gassicourt raconte qu'ayant été appelé à voir dans la famille d'un confrère un enfant pour lequel le diagnostic de diphtérie avait été écarté en raison de l'absence de fausses membranes, il crut cependant devoir admettre une diphtérie à forme hypertoxique ; l'examen ne montrait pas de fausses membranes, ou du moins elles étaient si limitées, si petites, si ténues que le moindre attouchement les faisait disparaître. Cela n'empêcha pas la pauvre enfant de mourir en soixante-douze heures.

Ainsi donc, Messieurs, il reste encore malgré tout quelques points obscurs dans l'histoire de la diphtérie. Il n'en est pas moins vrai que les recherches bactériologiques ont singulièrement contribué à élucider la question.

Nous savons d'une façon positive que la diphtérie est une *maladie microbienne*, produite par le bacille de Klebs, auquel viennent se surajouter, suivant les cas, tels ou tels micro-organismes accessoires. Nous savons en outre que c'est une *maladie primitivement locale*, et si nous devons encore faire quelques réserves sur le mécanisme intime des accidents généraux, nous savons du moins que ces *accidents généraux résultent* en grande partie *de l'absorption de produits toxiques solubles élaborés dans la fausse membrane*. Quant aux micro-organismes accessoires, ils peuvent bien contribuer jusqu'à un certain point à la production de ces accidents, mais ils agissent surtout en déterminant des *infections secondaires*, ou en d'autres termes des *complications*, telles que les suppurations ganglionnaires, la broncho-pneumonie, etc.

Vous comprenez facilement, Messieurs, sans qu'il soit nécessaire d'y insister longuement, l'importance que présentent au point de vue pratique les considérations qui précèdent. Elles nous permettent en effet de fixer, avec une certaine précision, les indications qui devront nous diriger dans le traitement de la diphtérie et nous autorisent à espérer de cette thérapeutique rationnelle des résultats plus favorables que ceux qui avaient été obtenus jusqu'ici.

Il est, vous le savez, peu de maladies pour lesquelles on ait proposé plus de remèdes que pour la diphtérie ; mais il faut bien reconnaître que cette richesse apparente cache une pauvreté réelle ; la profusion des

(1) Masterman. — A contribution to the etiology of Diphteria (*Brit. med. Journ.*, Janvier, 1886).

© ANM

moyens d'action mis en usage indique suffisamment en effet qu'aucun d'eux n'a une efficacité certaine. Nous pouvons déjà, en tenant compte des considérations qui précèdent, éliminer un certain nombre de médications qui n'ont plus de raison d'être aujourd'hui ; il est bien certain, par exemple, que personne ne songera plus à traiter la diphtérie par les émissions sanguines, non plus que par l'émétique à haute dose.

Les *indications* positives peuvent être formulées de la façon suivante :

1° Empêcher ou tout au moins entraver le développement du microbe, et le rendre inactif.

2° Neutraliser sur place les produits toxiques et empêcher ou contrarier leur absorption.

3° Ces produits ayant pu être absorbés, combattre l'action nocive qu'ils peuvent exercer dans l'organisme.

4° Favoriser l'élimination de ces produits toxiques.

5° Empêcher et combattre les infections secondaires (par les micro-organismes accessoires).

6° Soutenir l'organisme dans la lutte contre les microbes et leurs produits.

7° Traiter les complications et les suites plus ou moins éloignées.

En fait, ces indications peuvent même, d'une façon plus simple, se réduire aux méthodes suivantes :

A. — Antisepsie locale.
B. — Antisepsie générale.
C. — Traitement général.
D. — Traitement des complications.

A. — *Antisepsie locale.* — Elle est fort importante et peut être réalisée de diverses façons. Le procédé le plus complet, le plus radical, est celui qui a été préconisé par M. Gaucher (1). Il consiste essentiellement dans l'ablation aussi complète que possible des fausses membranes et la cautérisation des surfaces mises à nu par un topique franchement antiseptique.

Le topique employé par M. Gaucher est, en somme, le camphre phéniqué proposé par le Dr Soulez (de Romorantin) et modifié de la façon suivante :

R. Camphre.	20 gr.
Huile de ricin.	15 gr.
Alcool à 90°.	10 gr.
Acide phénique cristallisé . . .	5 gr.
Acide tartrique	1 gr.

(On fait dissoudre l'acide phénique dans l'alcool, on ajoute le camphre, puis l'acide tartrique, et enfin l'huile).

L'ablation des fausses membranes se fait au moyen d'un pinceau à poils rudes, résistants, ou d'un tampon de coton hydrophile enroulé autour d'un bâton, ou encore avec le tampon molletonné proposé par M. de Crésantignes ; parfois aussi il est nécessaire de saisir au moyen d'une pince à pansements les fausses membranes flottantes. En tout cas, il est indispensable (c'est là le principe essentiel de la méthode) d'enlever aussi complètement que possible les fausses membranes, et de mettre à nu la muqueuse, en évitant cependant autant que possible de la faire saigner.

Cette première partie de l'opération faite, et bien faite, il faut se hâter d'appliquer le topique sur toutes les surfaces dénudées, en dépassant même les limites du mal, afin d'en faire immédiatement l'antisepsie complète et profonde ; cette application est faite au moyen d'un tampon d'ouate hydrophile monté sur un bâtonnet, ou sur une pince à pansements, et qu'on a eu soin d'exprimer pour en enlever l'excès du liquide caustique.

Cette double opération (ablation des fausses membranes et cautérisation) est répétée deux ou trois fois par jour, ou même plus souvent, si les fausses membranes paraissent se reproduire rapidement. Dans l'intervalle de ces séances (et ce troisième précepte n'est pas moins important que les deux autres), vous ferez faire toutes les deux heures un lavage à grande eau avec une solution chaude d'acide phénique au centième.

Cette méthode est certainement très efficace et compte à son actif un certain nombre de succès, mais rappelez-vous, Messieurs, qu'elle doit être appliquée dans toute sa rigueur. La dénudation de la muqueuse serait en effet très dangereuse, si elle n'était suivie à l'instant même de sa cautérisation antiseptique ; ce serait en effet le meilleur moyen de favoriser les infections secondaires et l'absorption du poison diphtéritique. De plus, elle est très douloureuse, et alors même que pour atténuer cet inconvénient on a fait préalablement un badigeonnage de cocaïne, elle exige de la part du malade un véritable courage. Aussi est-elle assez difficile à employer, surtout chez les enfants, et, encore une fois, si à la suite de quelques tentatives vous voyez que vous ne pouvez obtenir une application parfaite, vous ferez mieux de recourir à une autre méthode qui, sans offrir peut-être les mêmes garanties, est cependant efficace lorsqu'elle a été appliquée avec soin.

(A suivre).

(1) *Bull. de la Soc. méd. des Hop.*, 1888, p. 35.

Épidémies. — *Fièvre typhoïde à Trouville, Arles et Nancy.* — Trois épidémies de fièvre typhoïde ont été signalées, l'un sur la côte normande, les autres à Arles et à Nancy. MM. Brouardel et Thoinot, auditeur au comité d'hygiène, ont bien voulu se charger d'étudier l'épidémie normande à Trouville au nom du comité consultatif d'hygiène publique de France. Des renseignements sont demandés sur celle de Provence.

Quarante-deux soldats du 4e bataillon de chasseurs, en garnison à Saint-Nicolas, ont été transportés à l'hôpital militaire de Nancy sur l'ordre du directeur du service de santé du 6e corps. On signale plus de cent cas de fièvre typhoïde dans ce bataillon.

Épidémie de grippe a Nancy.—Une épidémie de grippe sévit, dit-on, aussi, sur la garnison et sur le 4e chasseurs, à Saint-Nicolas. Soixante hommes auraient été à l'infirmerie et à l'hôpital au commencement de la semaine.

Épidémie. — *La variole à Madrid.* — Depuis le 23 août jusqu'au 15 septembre, on a constaté à Madrid 639 cas et 89 décès de petite vérole et dans les dernières vingt-quatre heures, 33 cas et 8 décès causés par la même maladie. La plupart des victimes sont des enfants et des personnes non vaccinées.

Hopitaux. — *Concours de l'externat.* — Nous rappelons à nos lecteurs que, comme les années précédentes, les élèves qui accompliront leur service militaire au mois de novembre, seront appelés à subir consécutivement les deux épreuves du concours de l'externat dans les premières séances.

Prétendue épidémie du quartier de la Maison-Blanche a Paris. — Dans sa dernière séance, le conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine a adopté les conclusions d'un rapport de M. le docteur Colin sur les cas d'affections aiguës que nous avions signalés dans le quartier de la Maison-Blanche, à la suite de l'apport dans la décharge de la rue de Tolbiac de terres provenant des fouilles opérées dans l'ancien cimetière Saint-Marcel. « Aucune des maladies signalées, dit M. Colin, n'est de nature à légitimer les expressions de choléra et de variole noire ; d'autre part, leur diversité réciproque éloigne la pensée de l'existence en ce quartier d'une épidémie particulière ». Mais, comme la réceptivité de la population locale à ces causes morbides peut être augmentée du fait des travaux de terrassement entrepris au voisinage de la rue de Tolbiac, le rapport conclut : 1° à l'interdiction de l'apport de tous matériaux provenant de cimetières ; 2° à la prescription de l'arrosage soit au chlorure de chaux, soit à la solution d'acide phénique ou de crésyl (à 30 pour 1,000) et au moment même du chargement de toute charretée renfermant des débris de matière organique.

© ANM

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. **J.-M. CHARCOT.**

La Nutrition dans l'Hystérie (*Suite*) (1).

II. — LA NUTRITION DANS L'HYSTÉRIE PATHOLOGIQUE.

par le Dr **GILLES DE LA TOURETTE**, chef de Clinique des maladies du système nerveux et **H. CATHELINEAU**, interne en pharmacie de la Clinique.

M. Charcot réveille alors la malade par la pression d'une zone hystérogène située au niveau de l'ovaire gauche, pression qui détermine une attaque convulsive. Le soir, la malade est pesée et donne 37 k. 100. En cinq jours de sommeil, elle a maigri de 1,900 gr., soit 380 gr. par jour, car elle pesait 39 k. le 31 janvier, jour du début. Pendant cette période, elle a excrété en moyenne par jour 655 gr. d'urine, 32 gr. de résidu fixe, 12 gr. d'urée, 1 gr. 60 d'acide phosphorique total. La différenciation des phosphates faite le premier jour de sommeil donna, ainsi que le montre le tableau XX, l'inversion de la formule.

TABLEAU XX.

Etat de mal léthargique. St-Den..., 16 ans.

DATES	VOLUME	RÉSIDU FIXE POUR 1000 C. C.	URÉE	RAPPORT	Acide phosphor. TERREUX	Acide phosphor. ALCALIN	Acide phosphor. TOTAL	OBSERVATIONS	POIDS
	c. c.	gr	gr.	64 à 100	gr.	gr.	gr.		
31 janvier 1889	710	35.80	11.86		0.58	0.99	1.48		39 k.
1er février	750	32.36	12	»	»	»	1.43	Début de l'état de mal léthargique.	»
2	475	30 05	11 36	»	»	»	1.43	La malade n'absorbe	»
3	630	30.04	12 60	»	»	»	1.72	rien.	»
4	710	30 80	12.85	»	»	»	1.78		»
5	230	43.15	10.12	»	»	»	0.99		
								M. Charcot réveille la malade, au cours, par	37 k. 100
6	550	40.07	14.38	»	»	»	1.10	pression d'une zone hystérogène qui détermine	»
7	540	42 04	17.80	»	»	»	1.92	une attaque convulsive	»
8	1450	41.05	22	»	»	»	2 60	Les vomissements cessent, la malade mange	39 k. 300
9	1100	43 20	20.15	»	»	»	2.20		»
10	1180	42 80	20.60	»	»	»	2 29	avec avidité.	40 k. 080

Les phénomènes qui suivent le réveil sont également intéressants à noter. Le jour du réveil, 5 février, l'attaque convulsive est encore très nettement indiquée par les excrétions urinaires. Le lendemain il y a, comme pour les autres états de mal, oscillation autour de la normale. L'urée se relève déjà, mais elle n'atteint son taux ordinaire que le 7 et les jours suivants.

L'attaque de sommeil ayant eu pour résultat de faire cesser les vomissements, l'appétit revient et, avec lui, un embonpoint qui suit une marche ascendante très rapide. Le 5, la malade pèse 37 k. 100, le 8, 39 k. 500, le 10, 40 k. 080.

La sixième malade que nous avons observée est de toutes la plus intéressante. C'est par elle qu'ont commencé les analyses du présent travail, puisque, prenant nos fonctions à la Salpêtrière le 1er novembre 1887, les premières analyses relatives à ce sujet datent du 27 du même mois. A partir de cette date jusqu'en avril 1888, Biz... a eu cinq états de mal léthargique pour lesquels M. Charcot l'a présentée plusieurs fois à son cours. On ne s'étonnera pas, étant donné les dates, en considérant le tabl. XXI, que nous n'ayons pas différencié les phosphates pour chercher l'inversion de la formule sur laquelle, du reste, après tout ce que nous venons de dire, il est inutile d'insister désormais.

TABLEAU XXI.

Moyennes des 5 états de mal de sommeil hystérique de Biz..., 17 ans.

	VOLUME	RÉSIDU FIXE	URÉE	Acide phosphorique	OBSERVATIONS
	c.c.	gr.	gr.	gr.	
Etat normal.	1100	44.50	18 10	2 10	Poids 46 k. 500. Moyenne du 12 au 20 janvier 1888, après un état de mal de 13 jours de durée.
1er état de mal	904	40	12 85	»	Début le 27 nov. 1887. P. = 48 k. Réveil le 12 déc. P = 45 k. 750. Différence : 2 k. 250
2e état de mal	936	31	10 90	»	Début le 25 déc. 1887. P. = 47 k. 500. Réveil le 7 janv. 1888. P. = 43 k. 800. Différence : 3 k. 700.
3e attaque ...	1100	25	8.14	»	Du 21 au 22 janvier 1888.
4e état de mal	726	27	9.82	1 03	Début le 2 fév. 1889. P. = 47 k. 100. Réveil le 11 fév. P. = 45 k. 100. Différence : 2 k.
5e état de mal	730	26 70	10.89	1.23	Début le 23 mars 1888. P. = 52 k. Réveil le 1er avril 1888. P. = 48 k. Différence : 4 k.
Moyenne générale des états de mal.	880	30	10	1.10	Maigrit de 300 à 500 gr. par jour d'état de mal.

Pendant les cinq états, le sommeil fut des plus caractéristiques : léthargie profonde entrecoupée d'attitudes passionnelles. La température rectale ne dépassa jamais 37°,8. L'alimentation, toujours artificielle, fut variable suivant les attaques ; dans un même état de mal, il existait des séries de deux ou trois jours pendant lesquels il était absolument impossible de faire passer quoi que ce soit entre les dents contracturées. Le lendemain, la malade pouvait absorber de 5 à 600 grammes de lait avec deux ou trois œufs battus. Pendant le dernier état de mal, du 23 mars au 1er avril 1888, *l'alimentation fut absolument nulle.*

D'une façon générale, en considérant la totalité des analyses représentant 49 jours de sommeil en cinq reprises, on note, comme précédemment, un abaissement du volume de l'urine, du taux du résidu fixe, de l'urée et des phosphates. En effet, à l'état normal, Biz... excrète 1,100 c. c. d'urine, 44 gr. 50 de résidu fixe, 18 gr. 10 d'urée, 2 gr. 10 d'acide phosphorique total. Pendant son sommeil elle excrète en moyenne par jour 880 gr. d'urine, 30 gr. de résidu fixe, 10 gr. d'urée, 1 gr. 10 d'acide phosphorique total, résultats sur lesquels il n'est plus besoin d'insister. Elle maigrit en outre, en moyenne, de 300 à 500 gr. par jour, suivant les accès, qui eux-mêmes sont variables par rapport à l'alimentation. Entre les accès, elle revient rapidement à son poids normal, elle engraisse même, puisque son poids, pour une période de huit jours, du 12 au 20 janvier 1888, est de 45 k. 500 — il est vrai qu'elle sort d'un accès qui a duré 13 jours — et le 23 mars, au début d'un nouvel accès, elle pèse 52 k.

Outre ces considérations qui se rapportent indifféremment aux cinq états de mal de Biz..., l'étude des deux derniers états — pour ne prendre que ceux-là — est à envisager, car elle va nous permettre encore une fois, en nous basant sur les excrétions urinaires, de prévoir la durée de l'accès et de prédire le retour à l'état normal.

Si l'on considère les Fig. 34 et 35, on note en effet, dès le début de l'état de mal, la chute du volume de l'urine et de l'urée (et aussi du résidu fixe et des phos-

(1) Voyez le *Progrès médical*, 1er décembre 1888 ; nos 18, 19, 25, 1889 ; et nos 2, 8 et 9, 1890.

© ANM

plates qui n'y ont pas été marqués) ; puis survient un plateau et enfin ces éléments se relèvent, atteignant et dépassant même le taux normal le jour du réveil. Sur la Figure 35, on note les oscillations qui suivent d'ordinaire le réveil.

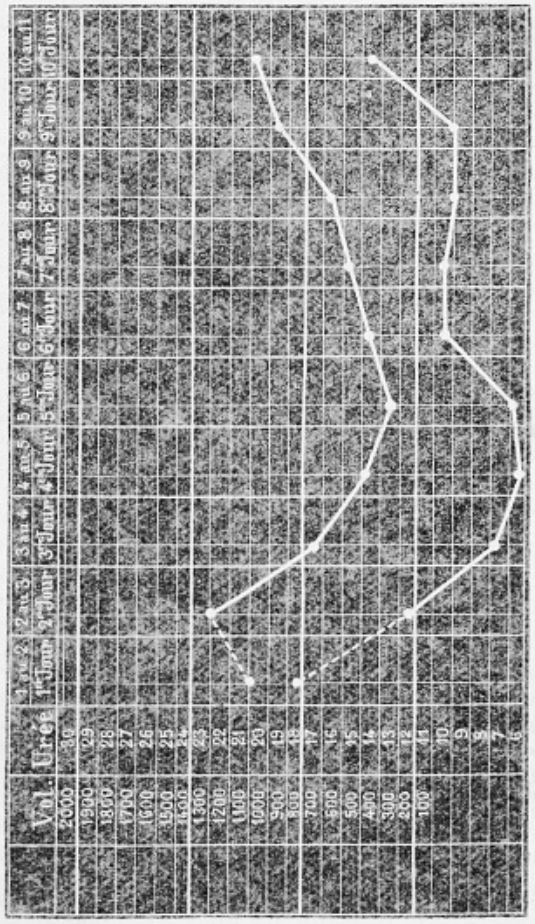


Fig. 34. — Le tracé supérieur se rapporte au volume de l'urine ; le tracé inférieur à l'urée ; les lignes pointillées se rapportent au jour d'état normal ; les lignes pleines aux jours d'état de mal.

On peut donc, dans l'état de mal léthargique comme dans les autres états de mal, en se fondant sur le tracé fourni par le volume de l'urine et le taux de l'urée, prévoir la durée de l'état de mal et prédire le retour à l'état normal. Plus que dans les autres états de mal hystériques, cette notion a une importance capitale dans la circonstance. Dans l'état de mal épileptoïde par exemple, on peut voir quelquefois, la veille ou le jour du réveil, les attaques diminuer de nombre et les intervalles de calme devenir plus étendus. On pensera alors que le retour à l'état normal est proche. Il n'en est pas de même, on le comprend, dans l'état de mal léthargique ; là le réveil est forcément brusque, la malade, pour employer une expression aussi vraie que naïve, a seulement fini de dormir lorsqu'elle est réveillée.

Cette courbe particulière des excrétions pendant l'état de mal léthargique et pendant tous les autres états, courbe qui mérite, comme l'a montré M. Charcot dans sa *Leçon* du 5 février, d'occuper un rang de première importance en clinique, n'est pas le simple fait d'une dénutrition banale chez des individus plus ou moins privés de nourriture pendant la durée d'une manifestation pathologique. Ses caractères si spéciaux appartiennent bien en propre à l'hystérie, tout au moins jusqu'à ce que des recherches ultérieures aient démontré qu'on les rencontre dans d'autres manifestations pathologiques indépendantes de la névrose.

Elle n'est pas due entièrement à la simple privation des aliments, à l'inanition par exemple, car celle-ci donne un tracé bien différent, à peu près rectiligne pendant les premiers jours, s'abaissant jusqu'à la mort ou se relevant à la vérité, mais *lorsqu'on donne des aliments*.

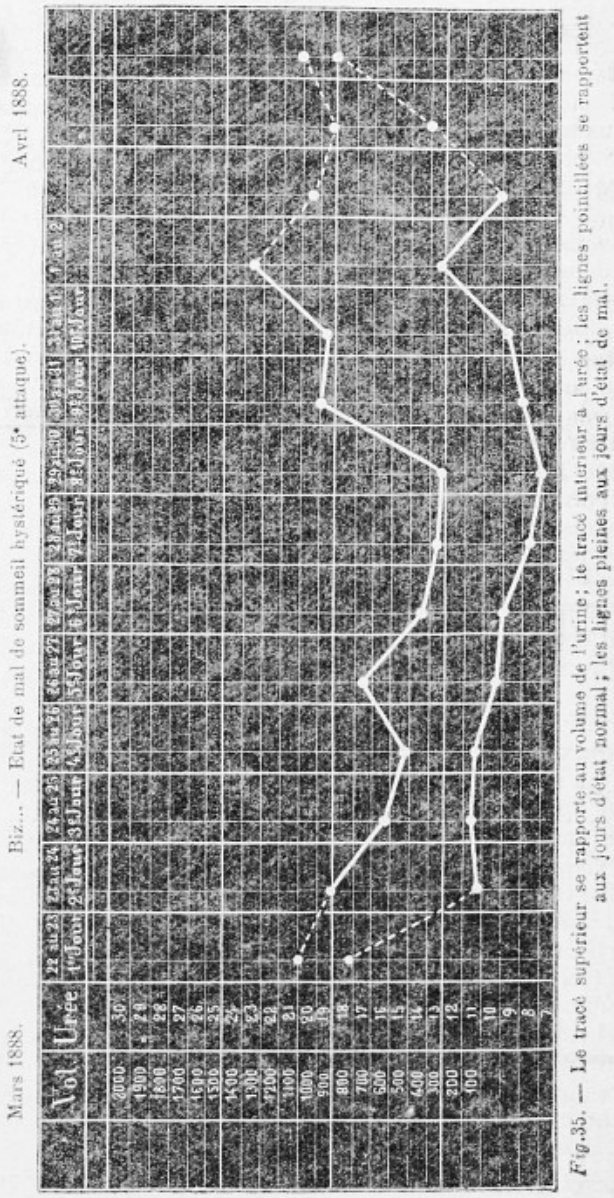


Fig. 35. — Le tracé supérieur se rapporte au volume de l'urine ; le tracé inférieur à l'urée ; les lignes pointillées se rapportent aux jours d'état normal ; les lignes pleines aux jours d'état de mal.

Le relèvement que nous observons et qui nous permet de prédire la fin de l'état de mal ne se montre pas dans l'espèce sous l'influence de l'ingestion des aliments. A plusieurs reprises, en effet, nous avons noté avec insistance que pendant toute la durée de l'état de mal, jusqu'au moment précis du réveil, l'alimentation avait été absolument nulle. Qui peut donc ainsi, le malade ne prenant aucune alimentation, influencer les excrétions urinaires au point d'en doubler ou d'en tripler, les 2 ou 3 derniers jours de l'état de mal, le volume et les matériaux solides, si ce n'est l'affection elle-même ?

Désormais, croyons-nous, il faudra compter avec la *courbe excrétoire de l'hystérie*, comme on a appris depuis longtemps à se guider sur la courbe thermométrique de la pneumonie ou de la fièvre typhoïde par exemple.

Arrivés au terme de nos recherches sur les différents états de mal hystérique, nous pouvons donc conclure.

© ANM

L'état de mal hystérique, quelque forme qu'il revête, n'est qu'une attaque d'hystérie prolongée dont il présente tous les caractères chimiques. On y observe, en effet, l'abaissement du volume de l'urine, du taux du résidu fixe, de l'urée et des phosphates avec inversion de la formule de ces derniers.

Pendant l'état de mal, les excrétions suivent une marche dont la courbe permet à elle seule de prévoir la durée de l'état de mal et d'en prédire la terminaison.

Pendant l'état de mal, l'amaigrissement quotidien est constant. Il varie de 200 à 500 grammes par jour, suivant la durée de l'état de mal et la quantité des aliments absorbés, lorsque l'anorexie n'est pas absolue. L'opinion de M. Empereur, déjà citée, « que les hystériques ne maigrissent pas parce qu'elles ne déperdent rien, et que ne déperdant rien il leur est inutile, sinon nuisible, de manger », est aussi radicalement fausse pour les manifestations pathologiques de l'hystérie que dans l'hystérie normale.

A ce dernier point de vue, et pour parer à l'objection qu'on pourrait tirer de la présence possible dans les urines de produits excrémentitiels azotés inférieurs, susceptibles de remplacer les produits supérieurs, l'urée en particulier, dont la quantité est abaissée, comme nous l'avons dit, dans les manifestations pathologiques de l'hystérie, nous avons institué des analyses complémentaires dont le résultat, on va le voir, prouvera une fois de plus que nos conclusions sont exactes.

L'urée, on le sait, est accompagnée dans l'urine à l'état normal par d'autres produits également azotés, à savoir : l'acide urique, la créatinine, la xanthine, l'hypoxanthine, la paraxanthine, l'acide hippurique, l'allantoïne, etc. Ces divers corps s'y trouvent, pour la plupart, en quantités tellement faibles, que pour les déceler il faut opérer sur des volumes d'urine considérables.

Pour tous nos dosages d'urée, nous nous sommes servis, comme on le verra lorsque nous exposerons notre technique, de l'appareil d'Yvon et de l'hypobromite de soude. Or, nous n'ignorions pas que si une partie des produits que nous venons d'énumérer est plus ou moins décomposable par l'hypobromite de soude, l'autre résiste complètement à son action.

Il était donc nécessaire de voir s'il n'existait pas justement certains de ces produits azotés en quantité plus considérable que normalement dans les divers cas soumis à notre analyse.

Nous avons dû recourir alors à plusieurs reprises au dosage de l'azote total, tant dans l'état normal hystérique que dans diverses manifestations pathologiques de la névrose. Ce dosage de l'azote total nous a toujours démontré que, dans tous les cas étudiés, les produits azotés inférieurs précédemment énumérés ne subissaient pas de variations susceptibles de fausser nos analyses. Leur taux n'étant pas anormalement élevé, ils ne peuvent par conséquent compenser la faible quantité d'urée trouvée dans les analyses des diverses manifestations pathologiques de l'hystérie que nous avons étudiées, et infirmer par là même les résultats obtenus.

(A suivre).

La science italienne appréciée par les Italiens. — M. le Pr Semmola, bien connu en France, a prononcé récemment un grand discours à l'École de Médecine de Constantinople. M. le Dr Marrogéni-Pacha lui a donné la réplique. Mais M. le Marquis de Bisio, premier secrétaire d'ambassade, a, au cours d'un banquet, prononcé ces quelques mots, dont nos lecteurs saisiront toute la saveur : « La patrie italienne..., qui est encore aujourd'hui maîtresse des sciences et des arts ! »

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Hygiène publique : Les Hôtels.

Les questions d'hygiène et d'assistance publiques paraissent entrer de plus en plus dans les préoccupations de tout le monde, et ces préoccupations se traduisent par des réformes pratiques qui auront nécessairement pour conséquences une amélioration générale de la santé publique, l'atténuation ou même la disparition de certaines maladies épidémiques, en un mot une économie considérable de vies humaines et l'élévation de la durée moyenne de l'existence.

L'assainissement des villes, en particulier l'adduction d'eaux de source en abondance, la construction de réseaux d'égouts, l'application du « tout à l'égout » (1), l'utilisation agricole des eaux d'égouts, sont des réformes qui exigent, pour être réalisées, beaucoup de temps et d'argent.

En attendant, il est des réformes secondaires qu'on peut accomplir chaque jour. Ce sont celles qui ont trait à la propreté de l'individu, à la propreté de la maison. L'autorité municipale ne peut intervenir dans les maisons particulières que pour des cas spéciaux ; mais il est des établissements où elle est à peu près tout à fait libre d'agir : tels sont les restaurants, les cafés, les théâtres, les hôtels meublés, depuis les hôtels de premier ordre (exceptionnellement rares en France) jusqu'aux plus humbles garnis.

Nous ne dirons un mot que des hôtels, des auberges, etc., où les malheureux voyageurs sont condamnés à demander une hospitalité dont le confort ne marche pas parallèlement avec l'élévation des prix. Dans ces établissements, il est possible d'exiger le nettoyage régulier des chambres d'habitation, des tapis ou prétendus tels, des objets de literie et de toilette ; l'installation de cabinets d'aisances convenables remplissant strictement les conditions acceptées unanimement par les hygiénistes, médecins et ingénieurs. Il est facile d'exiger enfin que l'eau qui sert à l'alimentation soit filtrée, si la ville ne possède pas encore d'eau de source.

Nous avons, dans le temps, pris quelques notes sur les installations défectueuses des cabinets d'aisances des hôtels où nous avons séjourné durant nos voyages de vacances. Bien qu'il y en ait quelques-unes de curieuses et de singulières, nous estimons superflu de les reproduire. Elles peuvent se résumer ainsi : cabinets d'aisances parfaits, tout à fait exceptionnels ; cabinets d'aisances moyennement bien installés, rares (2) ; cabinets d'aisances mauvais ou très mauvais, formant au moins les deux tiers. Citons un exemple : dans un hôtel de Rouen, qui a de la réputation et où des amis, arrivés avant nous au Congrès des Aliénistes du mois d'août dernier, avaient retenu une chambre pour nous, il y a des cabinets d'aisances au rez-de-chaussée, dans un creux laissé

(1) A Cannes, l'installation des égouts est déplorable, de même que dans tout le Midi (Saint-Raphaël, etc.).

(2) Dans notre voyage de vacances de 1888 (Tonnerre, Dijon, Dôle, Besançon, Salins, Arbois (où les cabinets d'aisances des maisons, et en particulier celle de M. Pasteur, projettent les matières dans la rivière), Lons-le-Saulnier, Bourg, Aix, Grenoble, Valence, Alais, Le Puy, etc.), nous n'avons vu de cabinets d'aisances parfaits qu'à Grenoble.

© ANM

par l'escalier, étroits, sans lumière, sans aucune aération. Par suite de leur situation ce sont les plus fréquentés de l'établissement.

Eh bien, il est certain que les autorités municipales peuvent beaucoup pour faire réaliser des améliorations dans tous ces établissements ; pour exiger que la maison soit bien pourvue d'eau, que les réservoirs des cabinets d'aisances en soient toujours approvisionnés, et que la vidange des fosses fixes soit faite fréquemment.

Il y aurait une note intéressante à faire sur les conditions spéciales que doivent remplir les chambres d'hôtel ou d'auberge au point de vue de l'hygiène et en même temps du bien-être ; si cette tâche tente un de nos lecteurs, nous lui accorderons avec plaisir l'hospitalité.

Nos critiques s'adressent à toutes les parties de notre pays, aussi bien au Midi qu'au Nord, à l'Est qu'à l'Ouest.

Cette année, c'est surtout la question d'alimentation d'eau qui a fixé notre attention et un incident tragique a fait que cette question est devenue l'objet de discussions dans la presse quotidienne. Nous avons passé plusieurs semaines sur les plages normandes, de Houlgate à Arromanches. Nous avons constaté que plusieurs des stations maritimes comprises entre ces deux extrêmes étaient mal fournies d'eau potable. On recueille l'eau dans des citernes plus ou moins étanches ou on se sert d'eaude puits, à niveau, variable, et communiquant parfois avec des puisards, où l'on déverse les eaux ménagères et fréquemment les urines (1).

Il paraît qu'à Trouville où, assure-t-on, Mme Jeanne Samary-Laplace a contracté la fièvre typhoïde à laquelle malheureusement elle a succombé, il existe une canalisation d'eau de source de bonne qualité. Mais il paraît aussi qu'un certain nombre de maisons des parties moyenne et supérieure de la ville, construite en amphithéâtre, ne sont pas alimentées par la canalisation générale, mais s'approvisionnent à de petites sources du voisinage, recevant peut-être les infiltrations des fosses d'aisances des habitations qui les dominent. Ajoutons que plusieurs de ces maisons, louées aux baigneurs, seraient loin d'offrir toutes les conditions que veut une bonne hygiène. La petite épidémie de fièvre typhoïde de Trouville, signalée par les journaux, doit être l'objet d'une enquête, au nom du Comité d'hygiène publique, de la part de MM. Brouardel et Thoinot. Dès que nous connaîtrons leur rapport, nous en signalerons les conclusions à nos lecteurs.

De même que les épidémies de choléra ont excité les municipalités des villes frappées par le fléau à faire de réels efforts pour leur assainissement, de même la mort regrettable d'une artiste aimée et admirée du public provoquera, nous le pensons, des réformes, non seulement à Trouville, mais encore dans toutes les stations maritimes qui reçoivent, durant la belle saison, de nombreux visiteurs. A l'avenir, beaucoup s'enquerront des conditions de sécurité que leur offre telle ou telle station, avant de faire un choix. C'est aux municipalités de ces stations à prendre les mesures indispensables pour l'assainissement de leur ville ou de leur bourg, si elles veulent garder leur clientèle. Il est certain que celle-ci ira surtout là où elle sait qu'elle a des chances sérieuses de trouver, non la maladie ou la mort, mais la santé et le bien-être.

Toutes ces réformes ne peuvent se réaliser que progressivement. Elles se réaliseront plus ou moins vite, suivant que la Direction de la santé publique y apportera plus d'activité et d'habileté, et saura donner aux Conseils d'hygiène une impulsion vigoureuse dans la voie du progrès. B.

(1) Un autre mode de contamination nous a été signalé : Un hôtel donne des bains de mer chauds, mais, afin de s'épargner la peine et la dépense d'aller chercher de l'eau de mer en quantité suffisante, il fait servir la même eau, réchauffée, aux clients qui se succèdent.

Cours de Vacances.

Bien des fois nous avons consacré des articles spéciaux aux *Cours de Vacances*. Nous avons enregistré chaque année, souvent même en la répétant plusieurs fois, l'annonce des cours faits pendant les mois d'août, septembre et octobre par les agrégés remplaçant les professeurs titulaires, ou par les médecins ou chirurgiens du Bureau central remplaçant leurs collègues des hôpitaux. Nous avons aussi rappelé l'excellente pratique qui existe en Allemagne, à savoir le fonctionnement de cours de vacances suivis par des praticiens qui profitent des loisirs relatifs des mois d'été pour venir se remettre au courant de la science.

Cette année nous n'avons inséré aucune annonce. Ce fait a frappé l'un de nos lecteurs, qui a cru qu'il y avait là un oubli regrettable de notre part. Malheureusement il n'en est pas ainsi : s'il n'y a pas eu d'annonces de cours faites dans le *Progrès Médical*, c'est, après vérification nouvelle, qu'il n'y a pas eu de cours. Nous voyons avec peine une excellente pratique tomber en désuétude. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 23 septembre 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

M. Chauvel lit un rapport sur le travail de Mr Guermomprez (de Lille), sur la *fracture du calcanéum*. — C'est dans la position à genoux qu'on constate le mieux les signes de cette fracture : effacement du mollet, disparition de la saillie du tendon d'Achille, absence des gouttières rétro-malléolaires, élargissement du calcanéum, abaissement des malléoles, etc. Comme traitement : coaptation, massages, émissions sanguines, pointes de feu. Le rétablissement des fonctions est le point important, la forme du pied n'est que secondaire.

M. Brouardel fait observer qu'au point de vue médico-légal il est souvent important de reconnaître, longtemps après, une fracture du calcanéum. Dans ce cas, la méthode des empreintes du pied est la meilleure pour révéler l'élargissement du talon.

M. Javal lit la seconde partie de son travail sur la *dépopulation de la France* et les mesures à prendre pour y parer. La suppression des contributions indirectes qui permettrait à un ménage de nourrir quatre enfants, chiffre qu'on doit désirer par famille, au lieu de deux. Mais cela n'augmenterait pas la natalité. Il est non moins illusoire d'espérer l'accroître en donnant une prime aux familles possédant quatre enfants, car ce serait une charge formidable pour le budget et qu'en même temps le taux en serait trop faible pour séduire d'autres ménages que des parents misérables. Or, c'est surtout dans les classes riches qu'il

© ANM

y a lieu de favoriser la natalité. Il ne saurait être question non plus de l'impôt sur les célibataires. La réforme de l'impôt mobilier en faveur des familles de quatre enfants ne produirait pas à elle seule un accroissement suffisant de la natalité. La nouvelle loi militaire, ne dispensant pas les cadets du service, n'est pas encourageante pour la procréation d'un second fils. Il proposa à la Chambre de les inscrire de droit dans la seconde portion du contingent. Les lois sur les successions empêchant le privilège de l'aîné des fils ont fait que les grands propriétaires fonciers se sont contentés d'un fils unique. Il demande l'abolition de l'article réduisant la quotité disponible suivant le plus grand nombre d'enfants. M. Javal dit que les mesures proposées par M. Lagneau sont opposées au but qu'il s'est proposé. Tout ce que l'on fera pour diminuer la mortalité et la morbidité n'est rien à côté du péril créé par la diminution de la natalité. Il propose le vœu suivant : « L'Académie appelle l'attention des pouvoirs publics sur les conclusions du rapport de M. Lagneau, d'après lesquelles l'arrêt d'accroissement de la population reconnaît pour cause principale la diminution volontaire de la natalité, diminution causée par la situation faite aux familles nombreuses par les lois civiles, fiscales et militaires. »

M. Lagneau fait remarquer que M. Javal a négligé de parler des mesures d'hygiène et d'assistance qui sont cependant de la plus grande utilité. Il conteste aussi l'influence prépondérante que M. Javal a voulu donner à l'affaiblissement des croyances religieuses, la suppression du droit d'aînesse et la généralisation du service militaire.

M. Guéniot lit un rapport sur le *traitement de la paramétrite puerpérale par le râclage de l'utérus*, à propos d'une note de M. Rifat (de Salonique) sur ce sujet. L'auteur cite trois cas où le raclage a donné de bons résultats. Le rapporteur pense que dans ces trois cas il s'agissait d'une septicémie d'origine utérine contre laquelle les injections antiseptiques eussent été aussi efficaces et dont la simplicité rend l'emploi de beaucoup supérieur au raclage.

P. S.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

X. — Dr Heinz (17 mars 1890) et Seidler (14 avril 1890). — **Méthacétine.** *Berlin. Klin. Woch.*

XI. — Dr Guacomini. — **Phényluréthane.** *Zeitsch. des Apotheker Vereines*, 10 novembre 1890.

XII. — Dr Radlauer. — **Soumal.** *Zeitsch. des Apotheker Vereines*, 10 novembre 1889.

XIII. — Dr Cope. — **Chloralamide.** *Dublin journ. of medic. Science*, février 1890.

XIV. — Dr Ainslie Johnston. — **Exalgine.** *Brit. med. journ.*, mars 1890.

XV. — Dr Acheson. — **Exalgine.** *Canadian practitioner.*

XVI. — Dr Heinz. — **Exalgine antipyrétique et antinévralgique.**

X. — Dans les fièvres modérées, 0,03 à 0,04 centigrammes de méthacétine suffisent, d'après Seidler, pour abaisser la température jusqu'à la normale ; si la fièvre est plus élevée, on emploie de 0,04 à 0,07 centigrammes. Son action est rapide ; elle se dissout facilement et la température s'abaisse dans l'intervalle d'une heure. La chute thermique est graduelle et atteint son minimum en 3 heures et dure 1 heure. L'élévation se fait ensuite relativement plus vite que la chute. La rapidité du pouls suit l'abaissement de la température, il devient plus fort, plus plein. Dans deux cas de rhumatisme aigu, les douleurs et la fièvre ont disparu le 3e jour. Son action s'exerce aussi dans le rhumatisme subaigu et dans les névralgies. D'après Heinz, de Breslau, les fortes doses sont bien tolérées. Dans la fièvre typhoïde, la température s'abaisse généralement de 3°, avec accompagnement de sueurs. L'élévation se fait ensuite graduellement, il n'y a pas de frissons. On peut maintenir longtemps l'apyrexie en continuant de donner le médicament à petites doses, quand la température commence à monter. A la dose de 1 gramme, la méthacétine ne produit aucun effet dangereux ; cependant la température peut s'abaisser au-dessous de la normale. Ce médicament agit bien dans le rhumatisme articulaire, la migraine, la grippe.

XI. — Cette substance a été découverte par le Dr Guacomini, de Turin. C'est un dérivé du groupe aromatique, se présentant sous la forme d'une poudre blanche cristalline, insoluble dans l'eau, mais très soluble dans l'alcool. C'est un antipyrétique énergique, ayant une action rapide et agréable. A la dose de 0,50 centigrammes il produit une chute de la température de 1 à 3 degrés durant 7 à 12 heures, accompagnée d'une transpiration profuse. La température s'abaisse au bout de 20 à 40 minutes après l'administration du médicament, sans aucun phénomène consécutif désagréable. Son emploi est particulièrement indiqué dans le rhumatisme articulaire chronique, dont il diminue les douleurs.

XII. — C'est le Dr Radlauer, de Berlin, qui a découvert ce corps et lui a donné son nom. C'est une combinaison du chloral, de l'alcool et de l'uréthane. C'est un corps solide se présentant en cristaux incolores, d'un goût légèrement amer, très solubles dans l'eau et l'alcool. On le donne à la dose de 2 grammes ; une demi-heure après son administration il se produit un sommeil naturel durant 6 à 8 heures, ne laissant aucun effet désagréable à la suite. Il ne produit ni troubles digestifs, ni troubles circulatoires, et n'agit pas sur la température.

XIII. — Le Dr Cope a expérimenté ce médicament qui, d'après lui, est un excellent hypnotique. Le sommeil dure de 5 à 8 heures et repose les malades. Chez des mélancoliques, des maniaques chroniques, il le donne à la dose de 1 gr. 50 à 2 gr. ; chez les maniaques aigus on n'obtient le sommeil qu'avec des doses de 3 gr. à 3 gr. 25. L'auteur n'a pas observé d'effets désagréables ayant suivi son usage pendant 8 jours. Une seule fois sont survenus des troubles gastriques. Le chloralamide est peu anesthésique, il n'agit pas sur la douleur. Le temps qui sépare l'absorption du début du sommeil varie entre 30 minutes à 1 heure. Le sommeil est naturel, n'agissant ni sur la circulation ni sur la respiration comme le chloral ; ce que le Dr Cope a pu observer au moyen de tracés.

XIV. — Le Dr Ainslie Johnston rapporte un cas d'empoisonnement par ce médicament. Un médecin, souffrant depuis longtemps de douleurs dans la région lombaire, prit 0,07 centigrammes d'exalgine à 9 h. 30 du soir, et 3/4 d'heure après 0,15 centigrammes de ce médicament. Peu après, il se plaignit de malaise avec sensation de tuméfaction de la tête. Vers 11 heures, prostration, incapacité de parler, de remuer, dyspnée. L'état s'améliore au bout d'une demi-heure, il peut prononcer quelques paroles entrecoupées d'inspirations difficiles et profondes. Au bout de quelque temps, la dyspnée fut encore plus intense, ressemblant à celle d'une attaque d'asthme. Vers une heure du matin, les symptômes disparurent et le malade s'endormit. Le lendemain, il ne restait aucun malaise.

XV. — Le Dr Geo. Acheson (de Toronto) rapporte un cas de convulsions survenues à la suite de l'administration de 0,26 centigrammes d'exalgine. Ce médicament avait été ordonné chez une jeune femme de 18 ans, au début d'une attaque d'influenza. Vingt minutes après l'absorption, la malade se sent malaise, puis surviennent des convulsions épileptiques qui durèrent deux minutes, avec morsure de la langue, perte de connaissance. L'attaque se termina par des nausées et des vomissements.

XVI. — Heinz dit n'avoir retiré aucun bénéfice de l'exalgine ; il lui préfère l'antifébrine, qui est plus active. Il faudrait prescrire la première, pour obtenir un effet, à la dose de 0,40 à 0,50 centigrammes. Mais ce médicament ne produit aucun effet fâcheux, surtout pas de cyanose. Il est préférable de s'en servir comme analgésique que comme antipyrétique.

A. R.

Association mutuelle des médecins aliénistes. — Le trésorier de cette société est autorisé à accepter, aux conditions énoncées, le legs fait à cette œuvre par Mme veuve Billod, née M. Jeauneau (2,500 fr. en rentes sur l'Etat à 3 0/0).

© ANM

CORRESPONDANCE

Sulfate de quinine et Mal de mer.

A M. le Dr Charles RICHET, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Paris,

Saint-Raphaël, le 15 septembre 1890.

Mon cher Maître,

Absent de Paris au moment où vous m'avez adressé, au *Progrès médical*, la lettre qu'on a fait paraître dans le nº 36, 6 septembre 1890, p. 190, je n'ai pu, à ce propos, relater les quelques réflexions qui me vinrent à l'esprit lorsque, pendant notre dernier voyage à Berlin, vous me fîtes part de vos observations sur les bons effets du sulfate de quinine contre le mal de mer.

A toute chose malheur est bon : J'ai mieux aujourd'hui que des réflexions ; j'ai un fait que voici.

Aussitôt la réception du numéro du *Progrès médical*, j'ai voulu refaire l'expérience sur moi-même, pensant qu'elle aurait d'autant plus de valeur que *tous les autres médicaments ne m'ont jamais réussi*. Vous le savez, je ne puis mettre le pied sur un bateau sans immédiatement être pris de nausées et de vomissements incoercibles, etc., que rien ne peut calmer (1), à l'exception du moyen que j'ai signalé dans ce journal, il y a deux ans (*position horizontale* ou plutôt *situation couchée*, utilisée dès le moment précis du départ du bateau et conservée pendant toute la traversée ; *privation d'aliments solides* ; usage de boissons diverses, à doses très faibles, mais répétées). Me souvenant que, dans notre récente conversation, vous aviez insisté tout particulièrement sur la nécessité de prendre une *dose élevée* de sulfate de quinine *avant l'embarquement* (*deux heures* environ), je me rendis de Saint-Raphaël à Saint-Tropez (Var) par chemin de fer à *voie étroite* (2), et là, deux heures avant de revenir à Saint-Raphaël par le petit bateau-vapeur à hélice de 15 mèt. qui fait la traversée du golfe de Fréjus en 1 heure 1/2, je pris, en une seule fois, *un gramme cinquante de Sulfate de quinine* (3). Sachant, par expérience, que le procédé : situation couchée et immobilité absolue, est encore ce qui me réussit le mieux, je me gardais bien d'y recourir, pour me rendre compte de l'effet du sulfate de quinine employé seul.

Au moment du départ, je me promenais sur le pont avec la fière allure des indigènes nés, comme moi, sur les rives de l'Océan. A me voir si solide et si au courant des habitudes maritimes, on m'aurait pris pour un marin de la vieille roche. Au bout de quelques instants, dès les premiers tours d'hélice sur cette mer d'habitude si paisible, mais ce jour-là un peu houleuse, le matelot de service, que ma compétence étonnait, fit, en me voyant subitement pâlir, une réflexion qu'on peut traduire ainsi en français : « Vous êtes plus marin par le cerveau que par l'estomac. »

De fait, au bout de cinq minutes, au premier plongeon du bateau entre deux lames sérieuses qui balayèrent le gaillard d'avant, l'expérience était terminée : Tout craque sous moi et mes jambes flageolent. On eût alors difficilement reconnu en cette masse inerte, écroulée sur le pont, roulant et plongeant alternativement, au gré de la vague, au milieu des barriques et des malles, le fringant passager du début.

Et l'estomac me fit naufrage, à doses fractionnées, jusque dans le port même de Saint-Raphaël !

Je ne regrette pas cette courte expédition : j'ai pu constater une fois de plus que le roulis m'inquiète relativement peu ; c'est bien la descente sur le flanc de la lame (2e temps du tangage) qui est la cause de mon effondrement. En fermant les yeux, en m'isolant bien de tout ce qui m'entoure, je prolonge un peu mon supplice, mais si peu ! Je ne veux pas décourager mes semblables, je veux dire ceux qui sont aussi susceptibles que moi ; mais je sors désespéré, mon cher maître, de cette nouvelle expérience que j'avais pourtant commencée l'estomac plein... de confiance et de sulfate de quinine (1).

Veuillez agréer, etc. Marcel BAUDOUIN.

(1) Il peut être utile de vous indiquer ma susceptibilité à ce point de vue : jeune, j'étais très souvent extrêmement malade en diligence, en chemin de fer, en bateau sur une rivière ou un étang, comme tous les membres de ma famille d'ailleurs : mère, frère, sœurs. Aujourd'hui je ne crains que la mer ; j'ai encore peur du chemin de fer, des petits omnibus parisiens, mais en prenant certaines précautions et avec de l'entraînement je m'en tire honorablement. Je n'ai jamais eu, par contre, le vertige des hauteurs ni le mal de montagnes.

(2) Le voyage sur des lignes ferrées à *voie étroite* me fatigue souvent ; et, en réalité, ce court trajet m'indisposa légèrement.

(3) J'ai pris très souvent jadis des doses énormes de sulfate de quinine pour des accès de fièvre intermittente et des névralgies contractées pendant un séjour de 7 ans en plein marais mouillé vendéen. La dose d'un gramme cinquante me donna à peine quelques bourdonnements d'oreille.

A propos du Congrès de Berlin.

Genève, 17 août 1890.

M. le rédacteur en chef du *Progrès médical*,

En attendant la publication de mon travail sur la « folie du doute et le délire du toucher », qui montrera à quel point de vue je me suis placé dans cette question, je tiens cependant à vous demander une légère rectification de votre compte rendu. Je n'ai jamais pensé que ces psychoses étaient des « maladies distinctes », comme votre correspondant me le fait dire à tort. J'ai demandé seulement qu'on leur fasse une place à part, plus peut-être que M. Magnan ne paraît disposé à l'accorder, comme *variétés cliniques*, dans la folie des dégénérés héréditaires. Les observations que j'ai données au Congrès de Berlin prouvent que les formes peuvent exister isolément et évoluer sans mélanger leurs symptômes. Il convient, dès lors, à mon avis, de leur conserver, au point de vue clinique, une importance qui n'est pas suffisamment reconnue lorsqu'on se borne à les mentionner parmi les autres syndromes épisodiques de la folie héréditaire.

Permettez-moi d'ajouter que ma pensée n'est pas non plus exactement rendue à propos de l'influence du traitement de la dipsomanie par l'hypnotisme. J'ai cité sans doute la récidive comme règle, cependant j'ai obtenu une rémission complète de 15 ans de durée dans un cas de dipsomanie confirmé.

Veuillez agréer, etc. Dr LADAME.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de Gynécologie clinique et opératoire ; par S. POZZI. — G. Masson, éditeur, Paris, 1890.

Enfin, nous possédons un véritable traité de gynécologie en langue française ! Il nous avait fallu longtemps admirer, dans des traductions plus ou moins indigestes, les nombreux travaux des gynécologistes étrangers : nous pouvons nous en passer désormais, et l'on ne sait pas encore tout ce que nous gagnerons au change. Certes, le livre se ressent des voyages de l'auteur en dehors de France pour étudier la pratique des opérateurs célèbres d'Angleterre, d'Allemagne et d'Autriche. Mais loin d'être un défaut, comme quelques-uns se sont plu méchamment à le dire, c'est une qualité et une qualité indiscutable quand il s'agit de cette branche de la science chirurgicale, délaissée chez nous jusqu'à ces dernières années. La spécialisation a rendu à la gynécologie étrangère des services signalés ; notre maître, M. Pozzi, comme tous les esprits que n'abuse pas une trop grande confiance dans la suprême supériorité de notre pays, n'a pas hésité à emprunter à ces spécialistes du plus grand mérite le fruit de leurs patients travaux ; qu'il nous permette de l'en féliciter hautement. Et si notre anodine approbation peut ultérieurement lui valoir les compliments

(1) Je viens de lire la nouvelle théorie du mal de mer que propose M. Rochet (*Arch. gén. de méd.*, août 1890, p. 200 et *Rev. scient.*, 30 août 1890, p. 285). Je ne me rends pas bien compte de l'*importance* du facteur qu'il met en avant : *Désarroi qu'amène dans les contractions musculaires l'inaccoutumance aux mouvements subis* ; mais je ne veux pas discuter davantage.

© ANM

de lecteurs moins enthousiastes et moins convaincus, nous nous estimerons heureux d'avoir pu ici écrire ces quelques lignes.

Analyser le volume de plus de 1.000 pages qu'on nous soumet aujourd'hui est tâche impossible dans le court espace qui nous est réservé ; ce serait folie que de vouloir en signaler simplement les parties les plus neuves, les plus intéressantes : il faudrait débiter la table des matières, car, à part quelques rares chapitres ayant trait à des questions restées stationnaires, tout est neuf ou du moins tout a été renouvelé dans ce traité, vade-mecum obligé de tout élève chirurgien.

Il y aurait bien quelques points de détails à critiquer çà et là, et certainement M. Pozzi ne nous en voudrait pas de lui signaler quelques inexactitudes, en particulier dans la partie que nous avons étudiée plus spécialement à l'occasion de nos travaux sur l'hystéropexie. Mais nous aurions mauvaise grâce à insister plus longtemps sur de pareilles vétilles. Il s'agit là d'un livre qui fait époque, d'une œuvre considérable, d'un volume qui a demandé à son auteur des années d'un travail assidu ! Nous louons sans réserve la façon dont cet ouvrage a été conçu, le choix judicieux des indications bibliographiques (on a sacrifié avec juste raison les insignifiantes, pour ne citer que celles de première nécessité), la rédaction claire et précise des chapitres si délicats sur l'étiologie des métrites, la périmétro-salpingite, dont les lecteurs du *Progrès médical* ont eu la primeur, etc., etc.

Il est un dernier point sur lequel nous ne saurions trop insister encore : c'est la parfaite exécution typographique de ce livre qui fait certainement grand honneur à son éditeur. On n'y a point ménagé les figures, dont un certain nombre sont originales et précieuses ; les caractères employés sont d'une netteté parfaite ; les titres, sous-titres, têtes de chapitre sont très habilement disposés. On sent que la main d'un artiste de race guidait vraiment le metteur en pages de ce beau volume. Tout cela a son prix, sa valeur ; je dis plus, une saveur qu'apprécient seuls, comme le mérite une semblable édition, les vrais bibliophiles, les *purs*, comme on nous appelle ! Et le premier traité français de gynécologie *chirurgicale* sera, de longtemps, un des plus beaux fleurons de la couronne de l'une de nos meilleures librairies médicales (1). Marcel Baudouin.

L'évolution du système nerveux ; par H. Beaunis. — J.-B. Baillière, éditeur. Paris, 1890.

Ce nouveau volume de la bibliothèque scientifique contemporaine est appelé à un grand succès, car il vient à point. Voici comment l'auteur formule son programme : à une extrémité de la série, une goutte microscopique de protaplasme, à l'autre le cerveau humain et la pensée, comment passer de l'un à l'autre ? Il fait l'exquisse de ce vaste tableau, en nous montrant que, lorsqu'on descend des animaux supérieurs aux derniers des invertébrés, on voit l'organisation compliquée des premiers devenir de plus en plus simple, certains appareils disparaissent, d'autres se simplifient ; on arrive ainsi, de réduction en réduction, au protoplasma doué de ses propriétés d'irritabilité. En essayant de fixer chacun des stades les plus précis de cette évolution, on trouve d'abord les infusoires, les amibes, les radiolaires, animés de mouvement, présentant l'instinct de la direction et de la distance, l'instinct nutritif, mais n'ayant pas de système nerveux spécial. Ensuite, dans les polypes hydraires, les méduses, le système nerveux fait son apparition. Ce n'est d'abord qu'un plexus de cellules et de prolongements, qui mettent en relation les cellules épithéliales de l'ectiderme entre elles et avec les muscles qui les doublent ; c'est le type disséminé du système nerveux. Avec le développement des animaux radiés, ces plexus s'organisent et prennent le même type rayonné que l'animal lui-même, c'est ce qui se passe chez les étoiles de mer et les oursins. Les articules et les vers, qui sont des séries linéaires au lieu d'être des séries radiées, présentent un nouveau type bilatéral ventral, composé de deux séries longitudinales de ganglions anastomosés transversalement. Bientôt les ganglions céphaliques se différencient et la première ébauche du cerveau apparaît chez les vertébrés supérieurs, le système nerveux revêt le type médian dorsal, qui est déjà indiqué chez l'amphroxus, et alors il reste à suivre la complexité croissante de tout le système et l'apparition de nouveaux centres, à mesure que le vertébré devient de plus en plus perfectionné. De très nombreux dessins permettent de suivre ces étapes, et faciliteraient encore la lecture du livre, s'il n'était d'un style coloré, suggestif et entraînant, qui rend très séduisante cette étude d'anatomie et de physiologie qu'on pourrait croire aride.

A. P.

Précis d'analyse microscopique des denrées alimentaires ; par V. Bonnet. — J.-B. Baillière, éditeur. 1 vol. Paris, 1890.

Le petit volume que publie M. Bonnet, préparateur à l'Ecole de pharmacie, est appelé, malgré sa modeste apparence, à rendre de très grands services à tous ceux qui sont familiarisés, ne serait-ce que très peu, avec le maniement du microscope. En effet, un grand nombre de falsifications ne se peuvent reconnaître qu'au caractère morphologique des substances employées. Pour celles-là, l'usage du microscope est indispensable et les résultats qu'il donne sont indiscutables et précis. Pour donner une idée de la façon dont le livre est conçu, prenons, par exemple, le café. Après quelques mots de définition, l'auteur en décrit les espèces et la structure microscopique, en donnant pour cet examen la technique la plus simple et la plus facile. Une planche annexe montre les détails très exacts de cette structure. Il est ensuite facile d'étudier les caractères de la poudre, et de rapporter chacun des éléments qu'on y rencontre à l'état dissocié, à l'étude faite précédemment. Connaissant ces caractères, on passe ensuite à l'étude des falsifications, et un grand nombre de dessins donnent les détails microscopiques de la poudre de glands, de la poudre de chicorée, de dattes, etc. Le chercheur le moins au courant de ce genre de recherches est ainsi guidé par une espèce d'atlas. Les descriptions sont très courtes et remarquablement nettes, et, en dehors des dessins en pages, vingt planches en couleur, très soignées, viennent éclairer le texte. C'est donc un livre qui rendra de grands services, non seulement à l'auteur, mais au médecin praticien, à l'hygiéniste, qu'on interrogera sur la valeur d'une denrée commerciale quelconque et qui pourra répondre aisément et avec certitude à l'aide de ce guide. Aussi nous associons-nous aux éloges que, dans sa préface, M. le professeur Guignard décerne à l'auteur. A. Pilliet.

Sur quelques effets neuro et psychopathiques de l'Influenza ; par le Pr H. Morselli. — *Riforma medica*, Avril 1890.

Après avoir rappelé l'action perturbatrice, quelquefois favorable exercée par les différents exanthèmes sur le cours des maladies mentales, l'auteur dit avoir, dans l'influenza, constaté des faits analogues. La neurasthénie aiguë s'observe souvent dans la convalescence de l'influenza, l'auteur se demande, d'ailleurs, si le terme de neurasthénie est ici suffisamment justifié, l'insomnie est un des phénomènes ordinaires. Les névralgies sont très fréquentes (surtout la sus-orbitaire et la cervico-occipitale) ; après le trijumeau, le nerf le plus atteint est le nerf grand occipital, puis le nerf auriculaire, on peut observer aussi des névralgies dorso-intercostales ou testiculaires. Dans quelques cas, il a vu une exacerbation des états maniaques ou mélancoliques sous l'action de l'influenza ; celle-ci a pu également causer des récidives, ou précipiter le cycle des psychoses périodiques. Sur la paralysie générale progressive et sur la syphilis cérébrale les effets produits ont été très marqués. Pierre Marie.

Sur la Scoliose dans la sciatique ; par Ad. Gorhan. — *Wiener med. Wochenschrift*, 1890. N° 24.

Après avoir, dans l'historique de la question, signalé les droits de priorité du Pr Gussenbauer (Prague), et reproduit intégralement les conclusions du travail de M. E. Brissaud (*Arch. de Neurol.*, 1890), l'auteur rapporte trois observations intéressantes et détaillées (avec 6 figures), concernant trois hommes âgés de 26, 42 et 47 ans, dont deux présentèrent une sciatique gauche, le troisième une sciatique droite, et chacun une scoliose du côté opposé à la sciatique. P. Marie.

(1) Nous lisons dans une analyse de ce livre, parue dans un journal des maladies de femmes, la perle.., nous voulons dire la phrase suivante : « M. Pozzi vient d'accomplir un tour de force, car, sans être accoucheur, il a fait un excellent traité de gynécologie. »

© ANM

CHRONIQUE HOSPITALIÈRE

L'Asepsie et l'Antisepsie à l'Hôpital Bichat. Service de Chirurgie de M. le Dr F. Terrier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris (*suite*) ; par Marcel Baudouin, ancien interne en chirurgie à l'hôpital Bichat (1).

III. — Organisation du service.

A. — L'Asepsie dans les salles de malades.

En ce qui concerne l'application de la méthode aseptique à la tenue des salles, nous devons maintenant citer un certain nombre de précautions, peu utilisées et même peu connues jusqu'à ce jour des chirurgiens de profession.

a) Asepsie des objets servant à chaque malade.—C'est ainsi que chaque malade a un petit pot de vaseline au sublimé ou à l'acide borique, qui lui est spécialement réservé; un entonnoir avec un tube de caoutchouc et un compte-gouttes en verre, spécialement pour lui, si on lui fait des irrigations ou des lavages quelconques. C'est ainsi qu'à la salle des femmes, sur chaque tablette de lit, on voit un bocal de solution de sublimé (2), où est immergée à demeure la canule spéciale qui sert à chaque malade pour les *injections vaginales* biquotidiennes de solution tiède de sublimé. Toutes les femmes du service, en effet, prennent de telles injections deux fois par jour, sans exception, sans distinction de maladie. Toutes ont, en outre, un tampon d'ouate iodoformée à la vulve pendant leur séjour au lit (3).

b) Visite quotidienne. — Il faut avoir assisté à plusieurs *visites* pour comprendre la valeur d'une semblable organisation, pour se rendre compte de l'activité de ce service chirurgical, de la rapidité avec laquelle on procède, du grand nombre d'opérations qui y sont faites. Ce n'est pas exagérer que de dire qu'en *une* heure on fait ici ce qu'on fait à peine en une matinée dans la plupart des autres hôpitaux. M. Terrier répète souvent qu'il fut écœuré, au début de ses études médicales, lui qui pourtant était déjà vétérinaire, en pénétrant pour la première fois dans ces services où l'on cultivait jadis le bon pus avec tant de prédilection ! Malheureusement, ce temps-là n'est pas complètement passé. Il y a encore des chirurgiens qui prétendent que le pus ne doit pas être poursuivi, pourchassé avec tant d'ardeur ! Ce qu'ils pourchassent, ce sont les jeunes qui à tout prix veulent, autant que possible, ne point travailler au milieu du pus louable des anciens. L'habitude n'est-elle pas une seconde nature ?

c) Pansements. — Toutes ces recommandations, qui paraissent enfantines, ont pourtant une capitale importance. Ainsi, dans ce service, on n'examine les suppurants ou les infectés qu'en dernier lieu; dès qu'on a eu les mains en contact avec du pus, on ne touche plus, de la matinée du moins, à une plaie aseptique. Les infirmiers ne doivent jamais toucher à ce qui peut être en rapport avec une plaie quelconque : instruments, pièces à pansements, etc. Ils ne font *jamais, au grand jamais,* le moindre pansement, comme cela se pratique encore dans beaucoup de service, où les garçons de salles remplissent les fonctions d'externes. C'est à peine si les surveillantes, qui sont pourtant très expertes en matière d'antisepsie et littéralement désorientées quand elles voient des élèves ou même des maîtres commettre la moindre faute, font parfois un pansement, en l'absence des externes. Ceux qui, étrangers au service, assistent à la visite, déposent leurs vêtements dans le cabinet de la surveillante avant d'entrer dans la salle. Ils doivent se borner à regarder et à écouter, à être des auditeurs ou des spectateurs, mais non des aides. Il en est de même pendant toutes les opérations, quelles qu'elles soient, aussi bien que pour les laparotomies. On ne les laisse point ici, comme dans certains services ou certaines cliniques de la Faculté, toucher aux instruments, aux matériaux de pansements ou même à la plaie des malades opérés !

L'interne ou les externes ne font jamais de pansements avant une opération à laquelle ils doivent collaborer. A la rigueur peuvent-ils panser une plaie absolument aseptique; mais ce n'est là qu'une exception. On ne fait pas le toucher vaginal ou rectal avant une intervention. Tout externe qui a pansé un suppurant ne doit plus rien toucher et il ne doit faire ce pansement qu'à la fin de la visite. A cet effet, M. Terrier fait marquer d'un *pain à cacheter rouge* les pancartes de tous les malades qui suppurent, de façon que leurs pansements ne soient jamais faits par les externes qu'immédiatement avant leur départ de l'hôpital.

Les élèves ont pour vêtement d'hôpital une blouse blanche, en toile, à manches très courtes, aussi courtes que possible, pour ne pas contaminer les plaies avec l'extrémité de leurs manchettes sales. Les infirmières portent maintenant, comme les aides et les surveillantes, des vêtements à manches raccourcies ; le règlement administratif s'y opposait, paraît-il, au moins pour les filles de salle, et ce n'est qu'après des réclamations réitérées que M. Terrier a pu avoir gain de cause sur ce point.

Nous donnons ici la figure de l'étuve de M. Sorel, utilisée à la Fondation Isaac Péreire et que nous n'avons pu nous procurer à temps pour l'intercaler dans notre dernier article sur la stérilisation des matériaux de pansements à l'hôpital Bichat.

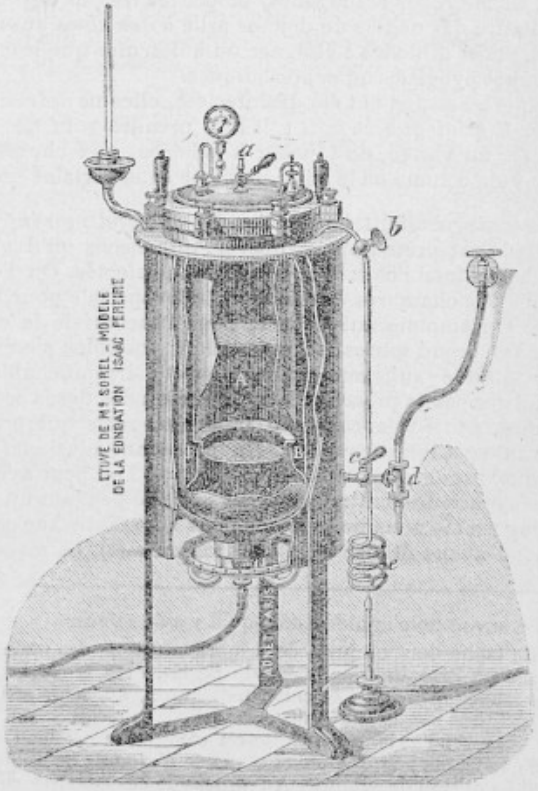


Fig. 36. — Etuve à stériliser les matériaux de pansements de M. Sorel (Fondation Isaac Péreire). — *Légende* : A. Cylindre en laiton dans lequel on introduit l'ouate, la gaze, etc. (stérilisation à 130° sous pression de 1 k. 1/2 dans la vapeur d'eau saturée). — B, B'. Rigole annulaire recevant l'eau destinée à être transformée en la vapeur d'eau qui passe à travers le grillage pour s'engager dans le cylindre A. — *a*). Robinet servant à l'expulsion de l'air par la vapeur d'eau dans le premier temps de la chauffe. — c) Robinet du tuyau qui amène l'eau froide pour refroidir le cylindre et dessécher les matériaux de pansements. — e) Tube de platine enroulé en spirale qu'on porte au rouge grâce au bec de gaz, avant d'ouvrir le robinet *b*, pour laisser entrer l'air dans l'appareil.

B. — De l'Asepsie lors des opérations en général.

1° *Moment des opérations.* — Toutes les opérations sont faites *avant la visite.* M. Terrier insiste beaucoup et avec raison sur cette précaution très importante, négligée par la plupart des chirurgiens, qui avec leurs élèves vont s'infecter dans les salles avant d'opérer. M. Terrier n'entre pas dans les salles de malades avant que les opérations ne soient toutes terminées. Toute intervention aseptique est faite, bien entendu, la première. Une opération chez un suppurant empêche le chirurgien de toucher ensuite à une plaie aseptique.

(1) Voir *Progrès médical,* n°s 5, 7, 9, 35 et 37, 1890 ; consulter les figures qui s'y trouvent.

(2) Avec un peu d'ouate aseptique au fond.

(3) Nous décrivons plus loin l'organisation de la *Policlinique gynécologique* à la consultation et la façon de stériliser les instruments en gomme ou en caoutchouc employés pour les maladies des organes génitaux et urinaires.

© ANM

2° *Désinfection des mains.* — Lors d'une visite, le chirurgien, son interne, l'externe du rang ou la surveillante touchent seuls aux objets de pansements. La désinfection de leurs mains est toujours très soignée. Mais, sans pousser à l'excès cette désinfection des mains, comme le recommandent certains chirurgiens, qui à chaque instant font des fautes d'antisepsie bien plus graves, M. Terrier tient, surtout quand il s'agit d'opérer, à ce que les mains et les avant-bras de ses aides soient absolument aseptiques (lavages au savon (1), à l'eau stérilisée, puis immersion assez prolongée dans l'eau phéniquée faible ou la solution de sublimé après un nettoyage rigoureux et très sérieux des ongles à la brosse (2).

La première chose qu'il leur recommande est de toujours faire en sorte de les infecter le moins possible, avant la plus petite opération, par des contacts avec des plaies ou des substances nocives. N'est-il pas en effet plus facile de maintenir propre ce qui l'est déjà, que de rendre propre ce qui ne l'est pas ? La meilleure façon de réaliser ce désideratum, c'est de ne toucher les jours précédents aux plaies ou aux objets infectés qu'avec les plus grandes précautions ; c'est de n'y toucher, pour ainsi dire, que du bout des doigts ; encore faut-il avoir soin de n'y point mettre les ongles. Il faut, quand on est obligé de travailler dans ces bouillons de culture où prospèrent les microbes pathogènes, empêcher les plis des doigts, la sertissure des ongles de donner asile à des hôtes aussi dangereux, aussi difficiles à éloigner ou à détruire que les microorganismes pyogènes ou septicémiques.

Lorsque les mains ont été désinfectées, elles ne *doivent plus toucher à quoi que ce soit* ; il faut prendre soin de ne pas les porter au visage, de toucher à la barbe, aux cheveux, au tablier, etc., comme on le fait sans cesse dans certains services.

3° *Asepsie pendant l'opération. — a) Sujet non infecté.* — La malade est prête : *on va opérer*. Supposons qu'il s'agisse d'une laparotomie chez une femme non infectée. On l'endort dans une des chambres d'isolement (salle spéciale pour l'anesthésie). On emploie uniquement pour l'anesthésie le chloroforme. On prend toutes les précautions possibles pour n'employer qu'une substance d'une pureté irréprochable ; on l'administre par le procédé dit de Labbé, ou des doses petites et continues, procédé encore peu vulgarisé, mais qui présente des avantages incontestables. En procédant ainsi, on use à peine quelques grammes de chloroforme et l'on peut avoir une anesthésie absolument complète et parfaite pendant un temps très long ; mais nous ne pouvons nous appesantir sur ce point que nous avons étudié en détails ailleurs (3). La malade endormie est transportée alors sur le lit à laparotomies. Tout a été préparé à l'avance dans la salle d'opérations (1).

La surveillante, le matin de l'opération, a tout disposé avant l'arrivée du chirurgien. Son rôle est énorme ; il faut être absolument sûr d'elle ; sans cela, les instruments, les matériaux de pansements peuvent être à chaque instant contaminés. Pas de service de chirurgie aseptique sans surveillante convaincue des bienfaits de la propreté la plus minutieuse. A son arrivée dans le service, quelques heures avant l'opération, elle ne rentre pas dans la salle commune et prépare tout avant d'y pénétrer : cuvettes pour instruments, pour crins de Florence, fils de soie, etc. ; lit, linges chauds, etc. Les instruments sont retirés de l'étuve mais non sortis de la boîte qui les contient ; ils ont été stérilisés la veille au soir. Un aide de confiance, *seul*, après désinfection complète des mains, peut prendre les instruments dans cette boîte ouverte ; il les place ensuite dans des cuvettes préalablement lavées à l'eau bouillante et filtrée et à la solution de sublimé. On verse sur eux soit de l'eau filtrée et bouillie chaude (asepsie), soit de la solution phéniquée (antisepsie). Les éponges aseptiques et les compresses stérilisées, destinées à isoler le champ opératoire, sont apportées par l'interne en pharmacie qui les prépare d'une façon spéciale. Il les passe lui-même à l'assistant pendant l'opération. Pour les laparotomies, M. Terrier n'a plus généralement qu'un aide direct, très rarement deux, sans compter, bien entendu, deux autres préposés, l'un aux éponges et aux compresses, l'autre aux instruments, et le chloroformisateur. Les garçons et les infirmières ne font que présenter aux opérateurs les cuvettes remplies de solutions antiseptiques ou destinées à recevoir les parties enlevées. La surveillante a pour rôle de veiller au renouvellement de ces solutions et de présenter certains objets qui ne seront pas en contact immédiat avec la plaie, au fur et à mesure des besoins. Les instruments ne sortent de la cuvette où ils sont que pour aller dans la main de l'opérateur ; grâce à des compresses, pour les petites opérations, le chirurgien peut les laisser un instant reposer sur elles, ce qui facilite notablement le rôle de l'aide.

On ne peut pénétrer dans la salle d'opérations qu'en habit de ville ; les assistants sont tenus de déposer leurs vêtements dans le cabinet de la surveillante avant d'entrer. Ils ne doivent toucher absolument à rien et garder le silence pendant l'intervention (2). Nous ne pouvons décrire en détails toutes les précautions prises à partir de ce moment, soit pour vider la vessie (c'est un aide spécial qui en est toujours chargé), soit pour nettoyer la peau de l'abdomen à nouveau, au moment d'intervenir (curage de l'ombilic, etc., etc.). — L'opérateur et les aides ne doivent pas avoir assisté récemment à une autopsie. Ils se débarrassent de leurs vêtements et se désinfectent les mains. Ils prennent grand soin ensuite de ne pas les infecter à nouveau par un contact quelconque avec un objet non aseptisé, recommandation qui paraît banale et qui, dans beaucoup de services, est *constamment négligée*. Pour cela ils les ont toujours humides, et à chaque instant les plongent dans les solutions de sublimé.

Pour une opération quelconque, comme pour une laparotomie, le champ opératoire est délimité et bordé par des *compresses de toile fine*, mais solides, ourlées proprement, qu'on rendait autrefois aseptiques par des ébullitions prolongées et répétées dans la solution phéniquée où on les conservait ensuite plus ou moins longtemps, mais que, maintenant, l'interne en pharmacie stérilise dans un autoclave spécial. L'emploi de ces compresses, leur disposition au pourtour de la plaie opératoire facilitent beaucoup l'asepsie pendant l'intervention.

---

(1) Le savon noir liquide est ce qu'il y a de mieux.

(2) La façon dont on procède à la désinfection des mains avant l'opération à l'Hôpital municipal de Berlin, chez M. le Dr Körte, nous a beaucoup frappé ; et cette installation, qui nous semble la plus pratique, est la suivante. Chaque lavabo (il y en a plusieurs) comprend : 1° une cuvette où se déverse de l'eau chaude ou de l'eau froide ; 2° une cuvette pleine d'alcool ; 3° une cuvette pleine de solution de sublimé. Au-dessus de ces cuvettes se trouve une plaquette de marbre qui supporte : 1° une petite auge en verre où baignent, dans du sublimé, des brosses à ongles ; 2° un sablier indiquant combien de temps doivent durer les différentes opérations nécessaires pour la désinfection des mains ; 3° une paire de ciseaux courbes, à pointes effilées et un instrument spécial, inconnu en France, pour le curage des ongles ; 4° un flacon contenant du savon noir liquide.

Dans ces conditions voici comment on procèdera au lavage des mains : 1° nettoyage des ongles à sec, avec le petit instrument de chez Körte, instrument qu'on pourra, à la rigueur, désinfecter par la chaleur sèche de temps en temps ; 2° lavage des mains pendant une minute (ce qu'indique le sablier) à l'eau filtrée et bouillie (froide ou chaude) ; 3° lavage des mains à l'alcool à 80 °/₀ ; 4° brossage des mains et surtout des ongles dans une solution de sublimé à 1/1000 ou mieux à 2/1000, ou bien dans la solution phéniquée à 3 °/₀ ou 5 °/₀, pendant une minute environ. Quand on fait de la sorte la désinfection des mains, on obtient une asepsie parfaite, surtout si la veille ou l'avant-veille *on n'a pas touché à du pus*. (Voir à ce sujet les recherches de Fürbinger.)

(3) Marcel Baudouin. — *Un nouveau mode d'anesthésie* ; in *Gaz. des Hôpit.*, 7 et 14 juin 1890.

(1) Pour les cas de laparotomies d'urgence, tout devrait être organisé, dans un hôpital, pour que le chirurgien soit prévenu rapidement, dès qu'on a besoin de lui. Sa demeure privée, en ville, — de même que celle de son assistant, — devrait être en relation téléphonique avec la salle d'opérations. Apporte-t-on un blessé, une personne qui a reçu un coup de revolver dans l'abdomen, par exemple, on lui téléphone aussitôt ; et, pendant le temps qu'il emploie à venir à l'hôpital, le personnel et l'assistant ont pu préparer tout ce qui est indispensable pour une laparotomie.

(2) Une pancarte suspendue au mur les y invite.

© ANM

Nous insistons à dessein sur tous ces petits détails, car ils sont la caractéristique du *modus faciendi* si spécial de M. Terrier. On l'a dit bien des fois : La méthode ne vaut qu'ainsi comprise et c'est absolument le *seul moyen de n'avoir jamais de pus*.

Nous nous y arrêtons d'autant plus volontiers que dans les traités d'antisepsie chirurgicale les plus récents, publiés en France, personne n'a attiré l'attention sur ces minutieuses pratiques.

b). Sujet infecté. — S'il s'agit d'une ablation d'une partie d'un membre déjà infectée, par exemple, les compresses permettent, avant et pendant l'intervention, d'isoler complètement les points qui pourraient contaminer la plaie opératoire qui doit rester aseptique, précaution que nous avons vu prendre rarement ailleurs. Ceci est surtout important quand il faut faire usage de la bande d'Esmarch. Chez M. Terrier, on n'emploie pour bande d'Esmarch qu'une longue lanière de caoutchouc, assez large, laquelle *reste constamment à demeure dans un bocal rempli de la solution boriquée*, après avoir été désinfectée pendant un séjour limité dans la solution de sublimé. Lorsqu'elle est en place, on la déroule, dégage la partie à opérer, la roule à nouveau, puis la fixe à l'endroit voulu, en ayant soin de la recouvrir avec une compresse stérilisée. Quand la bande d'Esmarch passe sur la partie à opérer, on a soin de protéger cette dernière avec des compresses phéniquées.

4° Antisepsie post-opératoire. — a). Plaie non infectée. — L'opération terminée, reste à faire le *pansement*. Il faut à tout prix isoler la plaie. Directement sur elle, au niveau de la suture, M. Terrier applique désormais, dans les cas de laparotomie aseptique, de la *ouate aseptique* (1) préparée à l'aide de l'étuve Sorel (2). La ouate aseptique est recouverte par de la ouate ordinaire et un large bandage de flanelle blanche complète le pansement.

Pour les petites plaies aseptiques (piqûres, etc.), on emploie le collodion iodoformé, salolé, etc. *On prend bien garde de ne pas mettre de collodion sur les blessures dont l'asepsie n'est pas absolument certaine.* Ce serait enfermer le loup dans la bergerie.

b). Plaie infectée. — Pour les autres interventions dont l'asepsie est douteuse ou faite en une région infectée, M. Terrier n'emploie presque plus le salol ; il préfère l'iodoforme. En tout cas, quand il s'agit de panser une telle plaie, on pose sur elle des compresses de gaze au salol ou de gaze iodoformée, et à la périphérie de ces compresses, recouvertes de compresses boriquées, phéniquées, etc., humides ou sèches, suivant les cas, on place de larges bandes d'ouate aseptique ou antiseptique (salol, acide phénique, etc.) pour parfaire l'occlusion aux extrémités du pansement.

IV. — Service des consultations externes.

Il nous reste à dire un mot de la façon dont se recrutent les malades de ce beau service, un des plus actifs et des plus fournis de Paris. La plupart des femmes viennent de la campagne ou de la ville, adressées à M. Terrier par leur médecin traitant. Bien peu, du moins pour les affections graves, sont reçues à la consultation. Beaucoup sont des malades payantes. Pour les hommes, au contraire, c'est à la consultation externe où l'on en recrute le plus.

Consultations chirurgicales.

Le service de la consultation chirurgicale qui a eu lieu trois fois par semaine est fait par les internes ; le jeudi il y a en outre une consultation spéciale pour les maladies des yeux et des oreilles, dirigée par M. Terrier lui-même.

Ce service est complètement indépendant des salles de malades ; mais il est organisé sur le même modèle. On y fait les petits pansements et les opérations qui ne nécessitent ni l'anesthésie ni le séjour à l'hôpital. Les mêmes précautions sont prises au point de vue antiseptique que dans les salles. Les solutions antiseptiques sont placées dans des bocaux disposés de la même manière, et les matériaux de pansements préparés par l'interne en pharmacie.

Policlinique gynécologique.

La salle des consultations gynécologiques est distincte du service de la consultation chirurgicale. On s'est efforcé de l'organiser l'année dernière d'une façon telle qu'après chaque examen, on puisse stériliser aussi complètement que possible les instruments (spéculum, hystéromètres, pinces à pansements, etc.) qui viennent d'être employés. Un exemple montrera très suffisamment ce qu'on a voulu obtenir à l'aide de cette nouvelle organisation.

Ainsi, dans cette salle, on a installé un réservoir rempli d'eau phéniquée qui bout pendant toute la durée de la consultation. Comme on possède plusieurs séries d'instruments, qu'on les laisse plongés, après qu'ils ont servi, dans le liquide bouillant un temps suffisant pour détruire les micro-organismes, on ne perd pas de temps, parce qu'on se sert d'un instrument, d'un spéculum par exemple, pendant que les autres séjournent dans l'eau bouillante. De cette façon on court moins de chances d'inoculer avec un spéculum malpropre une femme, non antérieurement contaminée, qui vient se faire examiner à la consultation.

Il y a deux consultations gynécologiques par semaine où viennent un grand nombre de malades ; elles sont faites par un des internes qui ne montrent au chef de service que les cas intéressants ou difficiles.

Une telle manière de comprendre le service de la consultation permet de ne point être obligé de recevoir dans les salles les malades si nombreux qui n'ont pas besoin réellement d'être hospitalisés, ceux qui ont des plaies peu graves des membres supérieurs, les femmes qui ont une légère métrite, etc. Grâce au petit nombre de pansements nécessaires pour chaque plaie accidentelle ou opératoire, les élèves du service (externes et stagiaires) ne sont pas outre mesure surchargés de besogne, malgré le nombre considérable d'opérations de malades qui viennent à la consultation. Le personnel des aides est la plupart du temps au grand complet, malgré l'éloignement considérable de l'hôpital du quartier des Ecoles à Paris : ce qui empêche, par contre, la majorité des étudiants laborieux de venir assister aux nombreuses opérations que pratique le chirurgien de Bichat. (*A suivre*).

(1) L'ouate employée à Bichat est stérilisée au dispensaire Péreire, car l'hôpital Bichat ne possède pas encore l'étuve de M. Quénu.

(2) Cette étuve est un autoclave modifié de telle sorte que les matériaux de pansements stérilisés à la chaleur humide sous pression sont desséchés par l'étuve elle-même. Cette étuve permet de stériliser non seulement la ouate, mais aussi la gaze, les compresses, etc., nécessaires pour les pansements. Elle ne peut être employée pour les instruments. (Voir le dessin plus haut, p. 237).

VARIA

Le Choléra.

Mesures prises en France contre le Choléra. — Le service tel qu'il a été organisé pour l'examen ou la désinfection des provenances espagnoles soit par terre, soit par mer, continue à fonctionner avec une grande régularité. L'épidémie n'a pas forcé notre frontière ; il n'y a pas eu en France un seul cas de choléra asiatique.

Au cours de la dernière quinzaine, il est arrivé dans les ports de France 127 navires venant d'Espagne, avec 2,406 marins et 113 passagers, dont les bagages ont donné lieu à 133 opérations de désinfection. Par terre, il a passé 15.117 voyageurs, dont les bagages ont donné lieu à 973 opérations de désinfection.

Le Choléra en Espagne. — Pour répondre à des assertions erronées d'un journal médical espagnol au sujet de l'origine de l'épidémie, assertions reproduites dans un journal médical français, M. le Directeur de l'hygiène publique au ministère de l'intérieur a dit, à la dernière séance du Comité consultatif d'hygiène publique de France, qu'à la suite d'une enquête minutieuse il lui est permis d'affirmer : 1° qu'aucun navire venant d'Egypte et arrivé à Marseille du 15 avril au 13 mai ne s'est rendu de Marseille en Espagne ; 2° qu'il n'y a eu cette année à Marseille que deux décès par choléra nostras, l'un d'une femme de ménage, le 27 juin, l'autre d'un ouvrier maçon le 21 août. Il est donc inexact de dire que le choléra est venu d'Egypte à Marseille, qu'à Marseille il a frappé des individus occupés au déchargement d'un navire égyptien, et que de Marseille il a été importé à Gandia, en Espagne.

Selon la *Gazette officielle*, le choléra a causé, dans tout le

© ANM

royaume d'Espagne, 3.983 cas et 2.020 décès jusqu'au 16 septembre. Le choléra tend à diminuer dans la province de Tolède ; il est stationnaire dans les provinces de Tarragone, Alicante, Albacète, Castellon, Badajoz. Le principal foyer est la province de Valence où, le 17 septembre, on a constaté 43 cas et 16 décès, et la ville de Valence où il y a eu 15 cas et 12 décès. On remarque que la majorité des personnes attaquées sont des femmes et des enfants ; peu d'hommes sont atteints. Les journaux médicaux disent que l'état sanitaire de Madrid s'améliore malgré la recrudescence des chaleurs au milieu de septembre.

87 cas de choléra et 36 décès ont été constatés dans les provinces d'Albacète, d'Alicante, de Badajoz, de Castellon, de Cuença, de Tolède et de Valence le 19 septembre. Le 21 on a constaté 84 cas de choléra et 43 décès dans les mêmes provinces. 61 cas de choléra et 46 décès ont été constatés le 22 septembre. — Le 23, on a enregistré 55 cas et 45 décès.

Choléra en Sibérie. — Le choléra est, dit-on, à Vladivortock, port sibérien en face le Japon. On se rappelle que nous avons annoncé il y a quelques semaines l'invasion du Japon par la maladie.

Le Choléra dans la Mer Rouge. — L'épidémie a eu un caractère terrible. Tous les cas étaient foudroyants. Les malades mouraient en moins d'une heure : impossible de leur faire prendre aucun remède. A Djeddah, le nombre des permis d'inhumer délivrés est très loin de représenter le nombre des morts ; beaucoup de cadavres sont restés en dehors de la ville, abandonnés, dévorés par les chiens et les oiseaux de proie. « J'ai vu, dit un témoin, des pèlerins, atteints en dehors de la ville, se traînant près des murs pour mourir à l'ombre, pris brutalement par les pieds et tirés au soleil, où ils ne tardaient pas à expirer. » Le même témoin ajoute : « Un pèlerin turc expirant a été mis sur un brancard et, par ordre du beit-el-mal, un crieur public mettait aux enchères les vêtements de l'agonisant, à condition que l'acheteur déshabillerait lui-même le mort. Les médecins et les pharmaciens veulent être payés d'avance. Les malades meurent sans soins. » A Massouah, on compte 60 décès par jour. Des mesures ordonnées en Egypte sur la proposition du représentant de la France au conseil sanitaire, M. le Dr Catelan, sont rigoureusement exécutées, et l'on est maintenant en droit d'espérer qu'elles atteindront ce résultat extraordinaire de préserver l'*Egypte* d'une épidémie qui a fait de si effroyables ravages dans le Hedjaz. Aussi dans le pays la panique a-t-elle fait place à la confiance. Cependant, d'après les derniers renseignements, la situation sanitaire s'est améliorée dans le bassin de la mer Rouge et dans la Mésopotamie supérieure. Le choléra a à peu près disparu du Hedjaz ; un seul cas a été signalé à Djeddah et aucun n'a été relevé à Yambo. Peu de jours après le pèlerinage de la Mecque, le choléra avait fait son apparition aux portes de Lith et de Cinfoudat, sur le littoral de l'Assin, et le 15 septembre le gouvernement italien le signalait à Massaouah, où il a été sans doute importé par les pèlerins du Hedjaz, peut-être par les *sambouks* ou chaloupes à voiles qui transportent les pèlerins de Lith et de Cinfoudat sur la côte arabique, où aucune surveillance n'est établie, car il est peu probable que la maladie y ait été introduite par le *Deccan* ou les colis nombreux que ce navire portait à destination de Massouah. A Djebel-Tor, l'amélioration est la même, grâce aux mesures prises par l'administration sanitaire égyptienne ; ces mesures, rapidement improvisées, prouvent au moins un effort sérieux de la part de cette administration.

La *Tunisie* a pris également des mesures très sévères pour se préserver contre le retour de ceux qui, malgré la défense faite, auraient réussi à joindre le pèlerinage.

Le Choléra en Mésopotamie et en Asie-Mineure.— Notre médecin sanitaire à Constantinople, M. le Dr Mahé, constatait le 14 septembre que le choléra avait à peu près disparu des vilayets de Diarbekir, de Van, de Bitlis et de Mossoul. Il exprimait quelques craintes au sujet du sud de la Russie. Mais, le 17 septembre une dépêche annonçait la présence du choléra à Alep. Du 15 au 28 septembre il y a eu à Alep 31 cas et 20 décès cholériques. La nouvelle est évidemment grave. Des ordres ont été immédiatement donnés à tous nos agents pour qu'ils appliquent aux provenances du golfe d'Alexandrette les mesures qui ont réussi jusqu'ici à nous préserver du choléra espagnol.

Nous devons dire que le Comité consultatif d'hygiène a décidé, à l'unanimité, de faire tout connaître au public dans le cas où, par malheur, le choléra viendrait à sévir en France. C'est la thèse que nous avons soutenue, à chaque apparition du fléau, depuis 1865.

La *Médecine moderne* trouve que les tribunaux se sont montrés d'une *étrange sévérité* dans la réprimande des infractions aux prescriptions sanitaires à la frontière pyrénéenne. Tel n'est point notre avis, surtout si l'on songe que l'un des condamnés est un *ingénieur*, qui le premier aurait dû se soumettre aux mesures prescrites. Si les gens d'une instruction technique aussi élevée que le corps des ingénieurs ne veulent pas favoriser les tentatives des hygiénistes, comment veut-on que le vulgaire se prête de bonne grâce à ce qu'on demande de lui dans l'intérêt général.

La dépopulation en France.

Il n'est question de tous côtés, à l'Académie de médecine comme dans tous les journaux politiques et surtout dans *Mon petit Journal* de M. J. Simon, que de la dépopulation de la France. Tout le monde prêche la croisade en faveur des enfants et le *Progrès médical* a, il y a longtemps déjà, attiré l'attention sur ce point à l'occasion des articles de M. Javal et des communications de M. Lagneau. Il y a pourtant des gens — et des médecins ! — qui trouvent que nous ne sommes que des *ânes (sic)* ! Jugez-en par le titre d'une communication faite au Congrès de Berlin (*Des dangers résultant de l'accroissement de la population et des moyens d'y remédier*, par M. Drysdale, de Londres) et dans laquelle l'auteur prétend que trois enfants c'est plus qu'il ne faut pour le bonheur... d'un homme. C'est à n'y pas croire. On s'est borné, à Berlin, à interrompre l'orateur. Un bon Berlinois, M. Wachsmuth, n'a rien trouvé de mieux à répondre que cette phrase typique : « Vous oubliez donc qu'il nous faut beaucoup de soldats ! » Tranquillisez-vous, M. Wachsmuth, nous n'oublions rien, et comme vous, nous crions... haro sur le baudet qui nous prend pour des ânes.

M. B.

Remarques sur la température des Accouchées et sur les accidents infectieux réputés tardifs.

Voici les conclusions d'un mémoire publié par M. Stapfer, dans les nos 90, 93 et 95 de l'*Union médicale* de cette année.

Le thermomètre fournit chez les accouchées des renseignements plus fidèles que le pouls. Lui seul permet de prévoir certaines imminences morbides, et d'affirmer, dans les cas où le diagnostic reste en suspens, s'il y a lieu ou non de s'alarmer. Sa valeur pronostique est donc indiscutable et son importance comparable à celle des pesées chez les nouveau-nés.

La température chez une accouchée, dont l'état est physiologique, est d'ordinaire inférieure à 37°,5. Les oscillations sont faibles, les angles de la ligne thermique sont à peu près égaux. Une température de 37°,8 n'est plus normale. Cependant une température même supérieure peut être passagère et avoir une cause insignifiante ; mais la persistance *d'un état fébrile ou subfébrile*, c'est-à-dire dans lequel le thermomètre a des oscillations marquées, pointant vers 38° et au-dessus pour se rapprocher ensuite de la normale, descendre même au-dessous de 37°, mais éphémèrement, et remonter encore, *est parfois le signe* et le seul signe de l'infection. Cet état fébrile ou subfébrile constitue la période latente de l'infection, sorte d'incubation qui, dans bien des cas, aboutit à l'éclosion d'accidents variés, uniques ou multiples, rapprochés ou lointains, éruptions, phlegmons, phlegmatias, thromboses pulmonaires. Si éloignées que soient les accidents, la thermométrie permet de remonter à leur source. Ils datent de l'époque où l'utérus se laisse traverser par le streptocoque pyogène. Le véritable traitement est le traitement préventif, antisepsie de l'accoucheur, du personnel et de la femme grosse, parturiente, accouchée.

Les précautions antiseptiques ont une extrême importance pendant les derniers mois de la grossesse. Pendant la période latente, on usera, sans atermoiements, de l'irrigation intra-utérine, au besoin continue. S'il n'y a pas d'amélioration, on fera le curage utérin.

A propos de la partie de ce mémoire concernant l'étude de la *température chez les femmes en couches*, nous nous permettrons de rappeler les recherches que nous avons publiées sur le même sujet, dans la *Revue photographique des hôpitaux en 1871* (p. 155, 176, 216, 247).

Le bon Médecin.

M. le Dr E. Monin, de *Gil Blas*, définit ainsi le bon médecin. Nous citons :

Le bon médecin est celui qui, en face d'un malade, subit une sorte de *réflexe*, qui le conduit à une intuition thérapeutique secrète et soudaine. Le bon peintre, le bon musicien, le véritable écrivain procèdent d'un réflexe très analogue. Car la médecine est un art, au même titre que la peinture et la musique : elle existe en dépit de toute érudition, indépendante même de tout esprit scientifique... On peut dire de l'*ordonnance* du médecin ce que disait du paysage je ne sais plus quel critique pictural : *C'est un état d'esprit*. Or, dans la pratique, cet état d'esprit se dégage sur nos clients. C'est une sorte d'électricité par influence, une force neu-

© ANM

rique rayonnante, qui fait bientôt du malade le jouet, la *chose* du médecin. Dans ces conditions d'inhibition de la volonté, l'absorption médicamenteuse s'approprie, bien plus complète et bien plus efficace. Voilà ce qu'il faut faire comprendre au jeune médecin, et il le comprendra sans doute, parce qu'il a appris à mieux fouiller que nos anciens les mystérieuses arcanes de la suggestion mentale.

Rebouteurs et Médecins: Une bonne histoire.

On lisait cette semaine dans le *Temps*, journal en qui on peut avoir confiance :

M. Rouvier, ministre des finances, a été victime, lundi dernier, d'un accident qui, heureusement, n'aura pas de suites graves. M. Rouvier faisait la promenade qu'il a l'habitude de faire chaque matin, quand son cheval trébucha sur un caillou. M. Rouvier tomba sur le côté droit, et, dans sa chute, se démit le pied droit. Reconduit à son domicile, il fit appeler son médecin *qui vint accompagné d'un rebouteur. C'est ce dernier qui réduisit la luxation.* M. Rouvier est tout à fait remis.

Que dites-vous de celle-là? Si M. Rouvier avait été Ministre de l'Instruction publique, c'est-à-dire Grand-Maître de l'Université et... de la Faculté de Médecine, ç'eût été un comble! Voilà qui est fin de siècle : *Un rebouteur au Ministère!* Comment voulez-vous que le Ministre de la Justice condamne la concurrence de la Faculté? M. B.

L'Hygiène des Villes d'Eaux.

Notre ancien collaborateur, M. le Dr Daremberg, termine ainsi son article du *Journal des Débats*, sur la fièvre typhoïde à Trouville.

Nous ne savons pas quel sera le résultat de l'enquête. Mais nous sommes certain que si le ministre de l'intérieur en faisait une sur les conditions hygiéniques de l'ensemble de nos stations balnéaires et maritimes, il verrait que la plupart d'entre elles possèdent de la mauvaise eau potable et un système d'égouts déplorable.

Nous ne pouvons que nous associer à cette demande d'enquête générale. (Voir notre Bulletin).

Enseignement médical libre.

Technique microscopique. — M. le Dr Latteux, chef de laboratoire de la Faculté, commencera les cours suivants, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, n° 5 : le 6 octobre, à 4 h., technique microscopique générale et diagnostic d'anatomie pathologique; le 13 octobre, à 2 h., bactériologie et microbiologie. Ces cours sont essentiellement pratiques. Les élèves répètent eux-mêmes toutes les expériences et sont exercés individuellement. Tous les instruments (microscopes, étuves, etc.) sont à leur disposition. On s'inscrit chez le Dr Latteux, 17, rue du Louvre, de 1 h. à 2 h.

NÉCROLOGIE.

M. le Dr Ernest HARDY (de Paris).

Voici quelques renseignements bibliographiques complémentaires sur M. le Dr E. Hardy, dont nous avons annoncé le décès dans notre dernier numéro. Licencié ès sciences physiques, reçu docteur en médecine en 1859, depuis 1873 chef adjoint du laboratoire de l'Hôtel-Dieu, il était le directeur du service des travaux chimiques de l'Académie de médecine depuis 1878. Il avait été aussi professeur à l'Association philotechnique (1866), préparateur de pharmacologie de 1869 à 1878 et en 1869 avait fait des leçons à l'Ecole pratique. Décédé à l'âge de 63 ans, il est l'auteur d'importants travaux de chimie. Il a étudié avec un soin particulier le Jaborandi, d'où il a extrait la pilocarpine, l'Érythrophleum, le Strophantus, l'Anagyris fœtida (extraction de l'anagyrine), en collaboration avec M. Gallois, etc., etc.

Homme d'une probité universellement reconnue, travailleur infatigable et modeste, savant dans toute l'acception du terme, M. Hardy a fait un certain nombre de communications à l'*Académie des sciences*, quelques rapports au Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, dont il était membre, plusieurs communications à la Société de Biologie, à laquelle il appartenait de même qu'à la Société philomathique. Il avait été le collaborateur de plusieurs journaux scientifiques (*Revue des sc. méd., Annalen der Chemie, Zeit. f. physiol. Chemie; Zschr. f. anal. Chem.; Ber. d. deut. Chem. Gesellsch.; Journ. f. pratkt. Chem.; Centrbl. f. med. Wissenchaft.; Journ. of the chemic. Society*). On lui doit un livre important publié en 1871, intitulé : *Principes de chimie biologique*, 1 vol., 700 p., 1871, et sa thèse : *De la température dans quelques états pathologiques et de ses rapports avec la respiration et la circulation.*

Voici la liste de ses principales publications :

Sur le Jaborandi (Pilocarpus pinnatus); *Bull. de la Soc. de Biol.*, 1875; *Bull. de la Soc. chim.*, 1875; *Bull. de la Soc. d'Acclim.* (mémoire médaillé). — *Action de l'alcaloïde du Jaborandi sur la sécrétion des glandes*, avec M. Bochefontaine; *Bull. de la Soc. de Biol.*, 1875. — *Sur l'action physiol. du Jab. au point de vue de la sécrétion de l'urée*, avec M. Ball; *Bull. Soc. Biol.*, 1874. — *Sur le Pilocarpus prinnatus et le P. simplex*, avec M. Bochefontaine; *Bull. Soc. Biol.*, 1876. — *Sur l'Erythrophleum guineense et l'E. comminga*, avec M. Gallois; *C. R. Ac. des Sc.*, 1875 et *Arch. de phys. norm. et path.*, 1876 (mémoire couronné); — *Recherches sur le Strophantus hispidus*, avec M. Gallois; *J. de Ph. et de Chir.*, 1877; — *Du temps nécessaire au passage de quelques substances dans l'urée et recherches de quelques matières organiques par la dialyse*; *Bulletins de la Société de Biologie*, 1863; — *De la farine d'avoine et de son rôle dans l'alimentation du jeune âge; un cas d'urémie*, avec M. D.-Beaumetz; *Bull. Soc. Méd. des Hôpit.*, 1872 et 1873. — *Mémoire sur l'Hydrologie de la Guyane française*, avec M. Maurel; *Bull. de la Soc. de Thér.*, 1880. — *Rapport sur les travaux des commissions d'Hygiène du département de la Seine* et des communes de Saint-Cloud, Sèvres et Meudon, 1887 (*Conseil d'Hyg. publ. et de Salub. de la Seine*).

A citer encore un certain nombre de travaux de chimie pure parus dans les *Ann. de phys. et de chimie* (Décomposition de l'acide urique par le brome et action de la chaleur sur l'alloxane 1864; matières ulmiques, 1862 et 1864); dans les *C. R. de l'Ac. des Sc.* (Action du brome sur les alcools, 1874); les *Bull. de la Soc. Philom.* (Action sur l'Hypochlorite de chaux sur les alcools propylique, butylique, amylique, avec M. Regnauld, 1879); le *Répert. de chim. appliquée* (Nouveau moyen pour reconnaître la pureté du chloroforme, 1862); les *Bull. de la Soc. de Biol.* (Sodium et anesthésiques, 1863; un nouvel agent anesthésique, 1872); le *Bull. de Thér.* (Anesthésique nouveau du chlorure de carbone, 1872, opinion nouvelle sur une matière colorante de l'urine). — A voir aussi dans les *Arch. de Méd.* (Effets toxiques de la digitaline, 1864; de la génération spontanée dans ses rapports avec la pathologie, 1863; urine et ses altérations dans les maladies, 1863). M. Baudouin.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 14 sept. 1890 au samedi 20 sept. 1890, les naissances ont été au nombre de 837 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 302; illégitimes, 99, Total, 401. — *Sexe féminin :* légitimes, 332; illégitimes, 104, Total, 436.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 14 sept. 1890 au samedi 20 sept. 1890, les décès ont été au nombre de 865 savoir : 462 hommes et 403 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 5, F. 8, T. 13. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 3, F. 7, T. 10. — Scarlatine : M. 0, F. 1, T. 1. — Coqueluche : M. 6, F. 5, T. 11. — Diphthérie, Croup : M. 18, F. 15, T. 33. — Choléra : M. 00, F. 00, T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 127, F. 61, T. 188. — Autres tuberculoses : M. 14, F. 10, T. 24. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 3, T. 3. — Tumeurs malignes : M. 10, F. 29, T. 39. — Méningite simple : M. 15, F. 13, T. 28. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 24, F. 16, T. 40. — Paralysie : M. 3, F. 4, T. 7. — Ramollissement cérébral : M. 2, F. 4, T. 6. — Maladies organiques du cœur : M. 18, F. 30, T. 48. — Bronchite aiguë : M. 3, F. 11, T. 14. — Bronchite chronique : M. 16, F. 11, T. 27. — Broncho-Pneumonie : M. 4, F. 7, T. 11. — Pneumonie : M., 15 F. 13, T. 28. — Gastro-entérite, biberon, M. 43, F. 39, T. 82. — Gastro-entérite, sein : M. 16, F. 16, T. 32. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 5, F. 3, T. 8. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 8, T. 8. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale : M. 12, F. 7, T. 19. — Sénilité : M. 10, F. 18, T. 28. — Suicides : M. 12, F. 5, T. 17. — Autres morts violentes : M. 13, F. 3, T. 16. — Autres causes de mort : M. 62, F. 53, T. 115. — Causes restées inconnues : M. 6, F. 2, T. 8.

Mort-nés et morts avant leur inscription: 77, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 30, illégitimes, 9. Total : 39. — *Sexe féminin :* légitimes, 27; illégitimes, 11 Total : 38.

© ANM

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — *Licence ès sciences.* — Les inscriptions pour les examens de la licence ès sciences, session d'octobre-novembre, seront reçues au secrétariat de la Faculté des sciences, tous les jours, de deux heures à quatre heures, du samedi 4 au samedi 11 octobre.

Baccalauréat ès sciences. — La session de baccalauréat ès sciences (complet et restreint) s'ouvrira le lundi 20 octobre. Le registre des inscriptions sera ouvert du samedi 4 au samedi 11 octobre inclusivement, de dix heures à midi, au secrétariat de la Faculté, à la Sorbonne. Ces divers candidats pourront demander leur inscription par lettre accompagnée des pièces réglementaires.

FACULTÉ DE MÉDECINE. — *Cours libre* — Un cours pratique de microbiologie commencera, au laboratoire de M. le professeur Cornil, à la Faculté, le 1er octobre. Chaque élève sera exercé individuellement aux manipulations.

ÉCOLE DE MÉDECINE NAVALE. — On vient de supprimer le poste de *prosecteur d'anatomie* dans les écoles annexes de médecine navale.

ECOLES D'INFIRMIÈRES. — La *Weekly medical Review* nous annonce qu'une école pour les infirmières a été établie à Camden. Elle est annexée à l'hôpital Cooper. C'est la première école de ce genre organisée dans le Southern New-Jersey. La seconde session de l'école commencera au mois d'octobre prochain.

Une autre école a été également fondée l'an dernier à l'hôpital Saint-Luc de New-York. D'après *The medical Record*, elle a donné 6 diplômes en juillet dernier.

ASSAINISSEMENT DE MARSEILLE. — A Marseille, le maire a soumis à l'approbation du Conseil municipal une convention pour l'exécution des travaux d'assainissement, dont le comité consultatif d'Hygiène de France a approuvé le principe il y a dix-huit mois, et au moyen desquels devront être rejetées à la mer, très loin de la ville, dans l'anse de Courtiou, toutes les déjections.

ASSAINISSEMENT DE LA VILLE DE ROUEN. — Sur un rapport très remarquable de notre ami M. le docteur du Mesnil, le Comité d'Hygiène publique de France a donné son approbation au projet d'assainissement de la ville de Rouen.

ASILE DE BRON. — Le Conseil général du Rhône a voté dans une de ses séances la liquidation de la pension de M. le Dr Max-Simon, médecin en chef du service des hommes à l'asile de Bron. En émettant ce vote, le Conseil général a adressé à M. Max-Simon toutes ses félicitations pour le dévouement, le zèle et la compétence dont il n'a cessé de faire preuve pendant les treize années qu'il a passées à l'asile de Bron et ses regrets de le voir quitter son service. Le public médical de notre ville s'associera au sentiment qu'a exprimé le Conseil général, et se félicitera de voir M. le Dr Max-Simon conserver le poste de médecin-inspecteur des aliénés du département qu'il exerce avec tant d'autorité et de compétence. (*Lyon médical*).

CONFRATERNITÉ. — Trois médecins avaient donné leurs soins à un homme de Fehraltorf, qui souffrait d'un pied. Ils avaient conseillé l'amputation, mais le docteur Ries se fit fort de guérir le malade sans aucune opération, si on le lui confiait. Le docteur Ries écrivit ces mots sur la carte de décès : « Mort des suites des mauvais traitements des médecins. » En outre, il déclara que ses collègues ne connaissaient rien à la chirurgie et avaient tué leur malade. Le docteur Ries, accusé de diffamation à l'égard de ses trois collègues, a été condamné à 600 francs d'amende et à 600 fr. de dommages-intérêts.

CONGRÈS ODONTOLOGIQUE. — La 5e assemblée générale de la *Société odontologique Suisse* aura lieu à Genève dans l'amphithéâtre de l'Université, salle n° 30, les 4, 5 et 6 octobre prochain. Les docteurs et les dentistes non sociétaires sont cordialement invités.

DIPHTÉRIE. — *Prophylaxie.* — D'après M. Dujardin-Beaumetz voilà quelles sont les mesures de désinfection à prendre dans les cas de diphtérie. 1° Dans les cas de diphtérie, la désinfection sera toujours faite par les escouades de désinfecteurs qui assurent gratuitement le service de la désinfection à domicile. 2° Les objets qui ont été en contact avec les malades devront être désinfectés par les étuves à vapeur sous pression et en particulier par les étuves municipales de la rue du Château-des-Rentiers et de la rue des Récollets (13e et 10e arrondissements). 3° Pour la désinfection des locaux, on emploiera 90 grammes de soufre par mètre cube et on lavera les parquets et toutes les parties de la pièce susceptibles d'être lavées avec des solutions de sublimé au 1/1000. 4° La pièce ne sera occupée que quand elle aura été séchée et aérée avec soin.

ERRATUM. — Dans le dernier numéro du *Progrès Médical*, une erreur typographique a donné pour titre à la 7e leçon de M. Magnan sur le délire chronique les « Persécuteurs-persécutés » au lieu de *les persécutés-persécuteurs*.

DISTINCTION HONORIFIQUE. — M. le Dr Amat, médecin vétérinaire, est nommé officier d'Académie.

EXCURSION ANTHROPOLOGIQUE. — M. A. de Mortillet, professeur à l'École d'anthropologie, fera une excursion à Meulan, le dimanche 28 septembre prochain. Départ de Paris (Ouest, Saint-Lazare) à 9 h. 10. — Allée couverte des Mureaux. — Collection préhistorique de M. Bonhomme. Retour à Paris à 6 h. 40. — On trouve des cartes au siège de l'École, 15, rue de l'École-de-Médecine.

HYGIÈNE DES POMPES FUNÈBRES. — Dorénavant, d'une façon générale, en cas de mise en bière d'urgence, les employés des pompes funèbres chargés de procéder à cette opération devront revêtir, avant de l'effectuer, de longues blouses de toile couvrant leurs vêtements. La mise en bière terminée, les employés dépouilleront leurs blouses et les renfermeront, sur place, dans une petite boite en fer blanc qu'ils auront apportée avec eux. Cette boite sera aussitôt emportée, déposée dans les locaux spéciaux du service des pompes funèbres, enfin rouverte par des employées *ad hoc* qui désinfecteront contenant et contenu.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr JENNIGS, du Carmichael collège de Dublin. — M. le Dr REUFLET (Paris). — M. le Dr CORNE, médecin principal de l'armée, en retraite. — M. le Dr GUILLON (de Royan). — M. le Dr E.-S. OCANA, professeur à la Faculté de médecine de Madrid. — M. le Dr J. PULIDO, professeur de chirurgie à la Faculté de médecine de la Havane.

Dyspepsie. — VIN DE CHASSAING. — *Pepsine.* — *Diastase.*

Phthisie, Bronchites chroniques. — EMULSION MARCHAIS.

Dyspepsie. Anorexie. — Ces états pathologiques si fréquents et qui compromettent si gravement la nutrition, sont rapidement modifiés par l'Elixir et pilules GREZ Chlorhydro-pepsiques (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.

Albuminate de fer soluble (LIQUEUR DE LAPRADE) le plus assimilable des ferrugineux (Pr Gubler). Une cuillerée à chaque repas. Chlorose et troubles de la menstruation, c'est le fer gynécologique par excellence.

Phthisie. VIN DE BAYARD à la peptone phosphatée, le plus puissant reconstituant de la thérapeutique. Une à deux cuillerées par repas.

Précieuse. Source de VALS, très efficace contre les affections du Foie et de la Vessie. (Calculs, Gravelle, Diabète, Goutte, etc.) *Prescrite par les Médecins des Hôpitaux de Paris.*

Petite correspondance.

Nous prions nos confrères de la presse américaine de bien vouloir donner des ordres pour que les journaux qu'ils nous adressent soient bien affranchis. Presque chaque semaine nous avons à payer une surtaxe que nous les prions de nous éviter.

Avis à nos lecteurs.

Nous rappelons à nos lecteurs, à nos abonnés et à nos collaborateurs que tout ce qui concerne la rédaction (livres, journaux, manuscrits, communications, etc.) *doit être adressé au Rédacteur en chef, et tout ce qui concerne l'Administration* (abonnements, librairie, annonces, changements d'adresse, mandats) *à M. Hippolyte Durand.*

Publications du Progrès Médical.

RECHERCHES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES SUR L'EPILEPSIE, L'HYSTÉRIE ET L'IDIOTIE (*Compte rendu du Service des Enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pendant l'année* 1889), par Bourneville, Sollier et Pilliet. Un volume in-8° de LVI-188 pages. — Prix . . . . . 5 fr.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

© ANM

18e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XII. N° 40. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 4 OCTOBRE 1890.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MENTALE

ASILE CLINIQUE (SAINTE-ANNE). — M. MAGNAN.

Diagnostic. — Persécutés-Persécuteurs.

Leçons recueillies et publiées par MM. les Dr JOURNIAC et SÉRIEUX, médecins adjoints des Asiles d'aliénés (1).

HUITIÈME LEÇON

SOMMAIRE. — Caractère obsédant de leurs conceptions erronées. Absence ou rareté des hallucinations. Pas d'évolution systématique. Différence très tranchée entre les délirants chroniques et les persécutés-persécuteurs. Dans quelques cas, l'apparition d'hallucinations rend le diagnostic difficile.

Observation XVII. — Persécuté plaideur, soupçonneux, raisonnant, orgueilleux, menteur. Appoint alcoolique amenant des hallucinations. Préoccupations hypochondriaques.

Observation XVIII. — Persécuté. Déséquilibration constante. Inventeur. Orgueilleux, emporté. Tentative d'homicide à l'ambassade d'Allemagne.

Messieurs,

Les persécutés-persécuteurs appartiennent, comme nous l'avons vu, au groupe des dégénérés héréditaires, à la variété désignée du nom de manie raisonnante ; chez tous nous trouvons les antécédents des héréditaires, et, dès l'enfance ou dès la jeunesse, la désharmonie des facultés intellectuelles, le défaut d'équilibre du moral et du caractère. Cette déséquilibration mentale n'exclut pas la prédominance de certaines aptitudes : l'employé de la ville, l'élagueur d'arbres, que nous avons vus dans la précédente leçon, ont l'un et l'autre une imagination vive, une mémoire très heureuse, une dialectique serrée. Très pointilleux, rusés et menteurs, d'une patience et d'une activité infatigables, les persécutés-persécuteurs mettent leur mémoire, leur imagination, leurs facultés syllogistiques très développées au service de leurs sentiments maladifs, de leur haine profonde, de leur soif de vengeance. Ils veulent redresser les torts, flétrir les dénis de justice, obtenir des réparations pour les prétendus dommages portés à leur fortune, à leur honneur et à leur considération.

Si au début leurs discours et leurs démarches semblent ne tenir que de la passion, à mesure qu'ils s'exaltent, leur désir de rentrer dans leurs droits, de satisfaire leur vengeance n'a plus de frein et domine complètement leurs sentiments, leurs conceptions et toute leur volonté ; le caractère maladif devient évident.

Très prolixes, très loquaces, ils accumulent leurs prétendues preuves, parfois avec beaucoup de logique, s'appuyent sur des arguments tirés de la lecture du code, sur des faits vrais auxquels ils ajoutent des compléments imaginaires ; ils peuvent ainsi quelquefois en imposer et rendre difficile la distinction du vrai et du faux. Quoi qu'il en soit, ainsi que je vous l'ai dit, ils ne s'arrêtent pas à une longue période d'incubation, d'interprétations délirantes, comme les persécutés ordinaires ; ils passent promptement de l'idée à l'acte. Nous les avons vus s'adressant aux tribunaux, entamant des procès, réclamant des dommages-intérêts, écrivant des lettres, des mémoires, se tournant vers les journalistes, cherchant ensuite à gagner à leur cause les conseillers, les sénateurs, les députés ; ils en viennent enfin aux écrits injurieux, menaçants, aux cartes postales, aux affiches, enfin aux tentatives de violences et de meurtre.

En dehors de leur état mental si caractéristique, les persécuteurs raisonnants se distinguent des délirants chroniques par l'absence de troubles sensoriels ; les hallucinations ne se présentent qu'à titre d'exception, et, quand elles existent, elles n'offrent pas cette marche, cette évolution si curieuse qui, du mot, du monologue, conduit au dialogue, à l'écho, à l'indépendance des centres corticaux affranchis des centres supérieurs, à cette sorte d'automatisme par lequel ces derniers ne paraissent plus prendre part aux troubles sensoriels.

Ces persécuteurs raisonnants se montrent dès le début orgueilleux et persécutés ; l'employé de la ville ne manque pas une occasion de donner carrière à sa vanité, ses cartes sont significatives. L'indication de ses œuvres au bas de la lettre d'injures qu'il m'adresse est encore une preuve de ce besoin insatiable d'ostentation. Notre malade F... est tout aussi vaniteux ; il en est de même de Mariotti et de l'abbé Cotton.

Ces malades ne se modifient pas ; chez eux nous n'avons pas à rechercher cette évolution systématique du délire chronique, le passage progressif de l'interprétation délirante à la persécution réalisée, de celle-ci à l'ambition définitive et à la démence ; non, les persécuteurs raisonnants sont constants dans leur délire, incapables de changement ; vous les trouverez au bout de plusieurs années tels qu'ils étaient au début de la maladie, à 50 ans, comme à 10 ou 15 ans, car chez eux le délire est précoce (autre caractère distinctif d'avec le délire chronique). Ils conservent jusqu'au bout la même activité et le même degré d'intelligence. Quelquefois, à la fin, il survient des accidents apoplectiques, comme chez Sandon, mais ces complications, d'après les cas assez nombreux que j'ai déjà eu l'occasion d'observer, sont moins fréquentes qu'on ne l'avait pensé.

Ces deux groupes d'aliénés, les délirants chroniques et les persécuteurs raisonnants, sont donc séparés par les caractères distinctifs les plus tranchés ; mais, dans quelques circonstances, le diagnostic est des plus malaisés ; si l'on prend, en effet, un délirant chronique au début de la seconde période, si celui-ci surtout cherche à dissimuler, ce qui arrive quelquefois, s'il cache ses hallucinations ou, du moins, s'il ne leur donne plus libre cours et qu'il se contente d'exposer ses griefs contre ses ennemis imaginaires ; si, d'autre part, on est en présence d'un persécuteur raisonnant, à antécédents inconnus ; on voit deux malades chez lesquels la note dominante est le délire de persécution. Tous les deux sont lucides, logiques avec un point de départ erroné ; ils possèdent à un haut degré la faculté syllogistique. Si, en outre, comme dans quelques cas, rares il est vrai, le persécuteur raisonnant présente des troubles sensoriels, des hallucinations auditives, passagères sans doute, et plus limitées, mais enfin se traduisant par un mot injurieux, une phrase, la difficulté est très grande et l'erreur est presque inévitable.

(1) Voir *Progrès médical*, nos 22, 36, 37 49, et 50, 1889, et nos 7 22 et 38, 1890. La septième leçon a pour titre également les *Persécutés-persécuteurs* et non les *Persécuteurs-persécutés*.

© ANM

Ainsi, dans le cas de D..., l'employé de la ville dont nous avons parlé dans notre dernière leçon, il y a eu pendant plusieurs jours une véritable difficulté. Les fatigues, les veilles, un léger appoint alcoolique avaient fait naître des hallucinations auditives, et le malade basait son délire non seulement sur les interprétations erronées, mais aussi sur des illusions et des hallucinations. Ses collègues avaient l'air de le mépriser, on l'appelait « officier prussien ». Il avait eu également plus de 2 ans auparavant des hallucinations auditives : à Tours, sur les promenades, des jeunes gens qu'il ne connaissait pas se moquaient de lui et faisaient des allusions blessantes à ses malheurs de ménage. Il avait quitté Tours pour échapper à ces railleries imaginaires. Les idées de persécution et les hallucinations marchaient d'un pas égal, remontant déjà à plus de 2 ans ; il semblait appartenir au délire chronique plutôt qu'aux persécuteurs raisonnants ; mais les renseignements très circonstanciés que nous avons eus depuis permettent de le considérer comme un raisonnant persécuteur, comme un héréditaire dégénéré en proie à des idées obsédantes délirantes. Comme les obsessions ordinaires, ces idées s'installent, se fixent et persistent avec la même ténacité, en présentant toutefois comme elles de longues périodes de rémission, mais sans changer de caractère.

L'observation suivante nous montre un malade très orgueilleux, très menteur, ayant de ses capacités une opinion très haute, et dont toute la vie s'est passée en discussions interminables. A la mort de sa mère, à celle de son beau-père, il plaide contre ses parents ; il veut plaider contre la régie ; il intente un procès au syndic de la faillite, il accuse sa femme de le tromper avec un berger, avec ses trois charretiers. Sa fille n'est pas à l'abri de ses accusations. Enfin, à l'occasion d'excès alcooliques, il s'excite, présente des hallucinations de l'ouïe, veut s'emparer de l'argent nécessaire aux affaires de la maison, et tire un coup de revolver sur son fils. Notons l'existence de préoccupations hypochondriaques.

Obs. XVII. — Cl..., Pierre, âgé de 60 ans, entre à l'asile le 9 octobre 1888, à la suite d'une ordonnance de non-lieu pour coups et blessures envers son fils. — *Antécédents héréditaires :* Le grand-père était breton, lieutenant de cuirassier sous Louis XV. Son père avait un caractère emporté, il ne voulait pas commander la même chose deux fois. Il buvait une à deux gouttes le matin, supportant d'ailleurs très mal la boisson ; au moindre excès il ne dormait plus, il était malade pendant plusieurs jours. Il avait été capitaine d'artillerie sous le premier Empire. Il mourut subitement à 57 ans ; depuis l'âge de 40 ans, il avait eu 4 à 5 coups de sang. La mère est morte à 75 ans, elle se portait bien.

Le malade n'a pas fait de maladie grave pendant son enfance. Il est assez menteur et ne nous donne pas de renseignements bien concluants sur sa jeunesse. A 16 ans il était forgeron et reçut un coup de pied de cheval à la face ; il porte encore des cicatrices à chaque orbite et au nez ; il fut 18 mois sans voir distinctement. Il est en France depuis 1858. Quand son père mourut, il avait 18 ans, il resta le tuteur ; il est persuadé que la famille n'a bien marché que grâce à lui, il le donne volontiers comme preuve de son intelligence et de sa bonne conduite. Ce malade est raisonnant ; toujours il plaide volontiers ; dans ses récits et dans ses plaintes, nous verrons à chaque instant des illusions qui s'installent dans son cerveau comme des faits certains. Il dit avec aplomb que les sœurs de sa femme ont toutes eu une mauvaise conduite, des enfants avant le mariage ; il paraît qu'il n'en est rien. Quand il était en Berry, il était très jaloux et raconte sur sa femme des faits complètement faux.

D'un incident futile, il conclut que son berger est l'amant de sa femme et que son dernier fils n'est pas de lui. Il dit qu'une autre fois il a appris au cabaret que ses trois charretiers étaient les amants de sa femme, il les renvoya le jour même. Jamais rien de semblable n'a existé. Nous verrons dans ces derniers temps cette facilité d'illusions aller jusqu'à l'hallucination. Il a une très haute idée de ses capacités, tout ce qu'il fait est bien, tout ce que font les autres est mal ; ses fils qui gèrent sa maison aujourd'hui la perdent à son avis. Il a toujours raison et cela l'amène souvent à plaider. A la mort de sa mère, il a plaidé contre ses frères et leur a fait perdre de l'argent, ils ne veulent plus le voir. De même, à la mort de sa belle-mère, il a encore plaidé et a arrêté la succession pendant deux ans. Il soupçonne toujours les autres ; sa fille cadette, ayant voulu aller en Belgique chez ses tantes, il y a peu de temps, il ne voulut pas la laisser partir, il avait peur qu'elle fît des bêtises, cela parce qu'elle est d'une famille où les filles en avaient fait beaucoup. Il croit que tout le complot qui l'a conduit à l'asile est mené par sa fille aînée, elle a l'intention d'entrer au couvent, d'y amener sa mère et de frustrer ses frères de la fortune qui leur revient, etc. Les médecins, quand ils l'ont vu, ont dit qu'il était sain d'esprit aux premières visites et c'est toujours après avoir vu sa femme qu'ils ont dit qu'il était aliéné. Il réclame devant ces injustices au Procureur de la République, au Président de la République, etc. Il est très intelligent, il le prouve de toutes les façons, il n'y a pas d'argument dont il ne se serve. Il a toujours fait des marchés excellents, tous les malheurs qui lui sont arrivés sont causés par les saisons, par l'incendie ; jamais ce n'est de sa faute. En réalité il est très ambitieux, fait des projets en l'air, réussit quelquefois, mais parfois commet des fautes grossières. En 1879, il achète des pommes gelées, croyant faire une excellente affaire, et c'est une des causes de sa ruine. Il est parfait, il a été trop bon avec ses frères, sa mère le lui reprochait ; il a été trop bon avec sa femme et ses enfants, et il est facile de voir que sa femme en a absolument peur ; sa vie n'a été que discussions perpétuelles. C'est parce qu'il aimait beaucoup sa fille qu'il n'a pas voulu qu'elle aille en Belgique, en convalescence, malgré l'avis des médecins.

Ainsi toute sa vie il a été très bienveillant, très dévoué, et ce sont les autres qui ont eu tort ; quand on lui démontre qu'il n'a pas eu raison en telle ou telle circonstance, ce sont des bagatelles. Tel il a toujours été et tel il est aujourd'hui. Des excès alcooliques ont encore exagéré ses tendances et l'ont amené souvent à des actes violents, dont il va nous faire lui-même l'histoire dans un long réquisitoire qu'il adresse au juge d'instruction. Il raconte qu'il a été ruiné par l'hiver de 1879, nous savons ce qu'il en est. En 1882, ils ont repris une maison à Paris, en son nom, dit-il ; c'est faux, c'est au nom de son fils aîné. Tout le monde était découragé à la maison, c'est lui qui les a relevés. Si les affaires ont bien marché, c'est grâce à lui, ses fils ne faisaient que des sottises, de mauvais marchés. Il se plaint que sa fille s'est retirée chez les sœurs, les laissant dans la gêne ; le fait est vrai, il la frappait tant qu'elle s'est éloignée pendant un certain temps. En 1886, sa fille, malade, lui demande à aller chez ses tantes, à Bruges, il refuse. Un jour elle s'en va sans qu'on le prévienne (sa femme affirme qu'il était prévenu) ; il voulut d'abord aller la chercher, mais, changeant d'idées, il rentre chez lui assez tard et survient alors une scène qui montre l'état d'excitation dans lequel il devait être et les hallucinations auxquelles il fut en proie : « Ma femme vient m'ouvrir la porte et elle commençait par me narguer ; je lui donne un soufflet, elle se laisse tomber, je la relève, elle se met à crier, les trois enfants sont venus et ont voulu me tuer, je ne pouvais pas échapper à leurs menaces, je prends mon couteau ouvert dans ma main. A cette vue personne n'osait s'avancer, cela m'a empêché d'être écrasé ; ils m'ont tenu là pour m'injurier, pendant une demi-heure ils me disaient toutes les plus affreuses injures et menaces qu'il soit possible de dire. »

A partir de ce jour, il est franchement persécuté et insulté ; à chaque instant ce sont de nouvelles scènes, on l'insulte, on l'appelle crapule, soulard, vieille pourriture. Un jour il entend sa fille le traiter de « vieux fumier, » il lui donne un coup de pied, les frères défendent probablement leur sœur, il dit qu'ils ont voulu le tuer. Il porte plainte chez le commissaire, demande le divorce, veut absolument avoir de l'argent. Le 16 août, il a acheté un revolver (il dit que c'est d'après le

© ANM

conseil de son homme d'affaires qui l'avait engagé à faire du bruit pour amener la police à régler ses affaires). Le 17 il entre dans la chambre où était l'argent, et le revolver au poing somme sa fille de s'en aller ; celle-ci se sauve et va prévenir ses frères. Pendant ce temps il fracture la serrure de l'armoire, prend l'argent (1.500 fr.) ; il entend ses fils qui montent en proférant, dit-il, des menaces de mort, il se fortifie dans sa chambre, barricade les portes ; ses fils, dit-il, hurlaient : « Allons le tuer, vieille canaille. » Il s'avance alors et tire un coup dans la porte en bois blanc, la balle atteint son fils aîné à l'épaule. Il voulait simplement leur faire peur, dit-il. On l'arrête.

« La blessure que j'ai faite involontairement à mon fils, écrit-il, est tout simplement causée par ma mauvaise femme, comme le sont toutes les sept filles de mon beau-père ; elles ont toutes fini par faire mourir leurs maris. Je suis le dernier ; depuis six ans, si je n'étais pas d'une constitution hors ligne, je serais depuis longtemps allé rejoindre mes beaux-frères. »

Nous avons vu ce malade si fort, si fier de lui, atteint d'un accès d'hypochondrie absolument ridicule chez un homme vigoureux comme lui. Le 27 novembre au soir, Cl... souffre de quelques douleurs intestinales, il est inquiet toute la nuit, anxieux, et le lendemain se fâche de ce qu'on n'ait pas dérangé le médecin ; à la visite, il est agité, il a peur d'avoir une attaque, il se sent pris de la langue, il finira comme son père, etc. Il est impossible de décrire la triste mine qu'il fait pendant quelques jours, il ne s'en relèvera pas, il demande à revoir sa femme et sa fille aînée avant de mourir, il ne leur en veut plus et semble vouloir une réconciliation. On lui administre un purgatif ; changement complet d'attitude, il va mieux, dit-il, ses douleurs de ventre ont cessé, il sent les forces revenir, il se félicite, il est guéri. Quelques jours après, ses idées hypochondriaques réapparaissent, il éprouve des douleurs, dit-il, dans le ventre, le sang s'était porté sur la rate et l'intestin n'était plus en place. Son gosier est sec. Après l'extraction de deux dents, l'écoulement de sang a été suivi d'une facilité plus grande de la prononciation, sa langue était plus libre.

Quelques jours plus tard, il reçoit sa femme et sa fille, veut faire l'aimable, mais très vite reprend le ton aigre, veut démontrer qu'il est un excellent homme et consent à leur pardonner si elles veulent être sages.

Aujourd'hui il est tout à fait disposé à pardonner, à rentrer près des siens s'ils veulent être tranquilles. Il ne doute pas qu'il est très nécessaire à la maison, il rumine encore des projets grandioses qui doivent amener la fortune.

Dans certains cas ce n'est point, comme chez les persécuteurs que nous avons examinés dans notre dernière leçon, le souvenir obsédant d'une injustice subie qui poursuit le malade et qui arme son bras contre ceux dont il croit avoir à se plaindre : c'est l'intérêt d'un parti politique, d'une classe sociale, le salut de la Patrie qui le pousse au meurtre ; et une fois l'idée installée qu'il peut par la mort d'un homme sauver tous ces grands intérêts, il va à son but avec la même ténacité aveugle dont les sujets précédents nous ont donné des exemples.

Tel est ce malade qui a tiré un coup de revolver sur un employé de l'ambassade d'Allemagne, et qui a été l'objet d'un examen médico-légal de la part de M. Motet. Très orgueilleux, très autoritaire, très emporté, il a, à maintes reprises, donné des preuves de sa déséquilibration.

En 1856, sans demander conseil, il part pour exploiter une mine de charbon ; il dépense tout son avoir dans une entreprise à laquelle il n'était nullement préparé. Avec sa femme, ses enfants, sa conduite a toujours été singulière : il assiste au mariage d'un de ses fils en costume de travail, il refuse de prendre part au dîner de noces de l'autre. Plus tard, il fait une invention dont il est très fier (distillation des carottes, des cosses de pois). Il tombe dans la misère et sa haine de l'Allemand, haine qu'il tient de son père, se réveille ; il croit qu'une guerre avec l'Allemagne fera marcher le commerce : sans hésiter, il essaie, en 1887, de faire sauter l'ambassade et, en 1888, après avoir longtemps guetté l'ambassadeur, tire sur un employé.

Obs. XVIII. — G... Pierre, 66 ans, entre à l'asile le 5 octobre 1888. *Antécédents héréditaires :* Son père était gendarme ; il avait pris part aux campagnes du premier Empire. Il était d'un caractère très entier, n'a jamais voulu avoir de grade, ne supportait pas la moindre injustice. Parmi les récits qu'il a contés à son fils, celui-ci a conservé la mémoire de quelques-uns qu'il rapporte avec plaisir. En Espagne, son père tue un porte-enseigne, laisse le drapeau et court après un officier ; quand il revient, le drapeau avait été enlevé par un officier français qui fut décoré. Quelques jours plus tard, aux avant-postes, G. tue son officier d'un coup de carabine, pour le payer de sa croix. A Eylau, G., père, envoyé à la recherche de vivres, tombe dans un avant-poste prussien ; là, on le mit nu et on le laissa dans la neige ; il eut les pieds gelés et en conserva une haine du Prussien qu'il a léguée à son fils. Il devait boire consciencieusement, son beau-frère et lui burent, en un jour, 56 litres de vin, d'après ce que nous raconte le malade. Sa mère, morte à l'âge de 76 ans, a eu des habitudes alcooliques pendant toute sa vie. Elle avait mauvais caractère. Elle succomba paralytique, gâteuse, avec une profonde eschare au sacrum. Elle mourut à Orléans, pendant l'occupation allemande, et c'est encore une raison pour que G. en veuille aux Allemands ; il est persuadé que c'est de leur faute (ils ont empêché sa mère d'avoir du feu). Il prétend que sa mère a été somnambule jusqu'à 35 ans ; elle se levait la nuit, allait à la cuisine, faisait même quelquefois le ménage et n'en conservait aucun souvenir. Lui-même se serait levé une fois et, après avoir tiré le tiroir de la commode, se serait mis à uriner, son fils l'a réveillé.

Il a toujours eu de sa personnalité une opinion exagérée ; partout où il a passé il n'a demandé de conseils qu'à lui-même, tout ce qu'il a fait, pensé ou tenté était de lui et n'admettait pas la controverse ; il est très heureux, sous ce rapport, de ressembler à son père. Il est fier de se sentir inébranlable dans ses décisions et ne comprend pas que les autres lui résistent.

Pendant son enfance, il fut reçu avec bienveillance par le maire de son village et par différentes personnes qui estimaient en lui le fils d'un vieux soldat. Ces fréquentations et les livres qu'ils lui procurèrent n'ont fait qu'augmenter son orgueil et l'idée qu'il a de sa valeur intellectuelle. On voulait le préparer à Saint-Cyr ou à Alfort. « J'apprenais tout ce que je voulais, dit-il, ma mère n'a pas voulu que je sois soldat. » Il se maria à 22 ans, sur les instigations de sa mère, mais sa femme, dit-il avec dédain, n'était pas intelligente ; à 20 ans, elle ne savait pas lire l'heure au cadran, elle tenait mal la boutique, oubliait les noms des clients qui ne payaient pas. Sa mère et sa femme voulaient le dominer, mais il ne s'est jamais laissé faire. Quelques scènes racontées par lui-même donnent une idée du ménage et de la rudesse de son caractère. Pour se distraire il lisait beaucoup ; les femmes lui proposèrent de lire tout haut ; dès la première séance elles ne purent s'empêcher de dormir ; furieux, il se leva, lança un coup de pied dans le rouet qu'il brisa, jeta son Anquetil au feu et, à partir de ce jour, prit ses distractions ailleurs. Un soir qu'il rentrait vers 10 heures, sa mère lui demanda d'un air goguenard pourquoi il était rentré si tôt ; il était déjà à demi déshabillé, il ne répond rien, remet son pantalon, ses bottes et s'en va. Il rentre à minuit, même remarque de sa mère, même sortie.... il passe la nuit chez le boulanger. A 7 heures du matin il revient et voyant qu'on le reçoit de la même façon il prend la voiture pour Orléans. Le soir on ne lui dit plus rien et il reste ; il était disposé à partir de nouveau si on l'avait ennuyé. Malgré ses discussions perpétuelles où il voulait toujours avoir raison, il resta 12 ans en ménage ; il a trois enfants qui se portent bien. En 1856, fatigué des résistances de sa famille, de la gêne qui en résulte pour son caractère entier et obsédé par des idées de fortune, il emprunte 12,000 fr. et part dans la Côte-d'Or à la recherche de mines de charbon. Il ne s'était jamais occupé de mine, mais il avait entendu dire qu'il y en avait eu en 1791, qu'elle n'était pas assez faite, qu'actuellement, au contraire, on avait grande chance de trouver les bons filons qui devaient se con-

© ANM

tinuer avec ceux du Creuzot. Aidé de deux à trois compagnons il voulut creuser des puits, fit sauter la mine, mais n'arriva à rien ; il dut cesser, faute d'argent, et ne s'en occupa plus depuis. Ruiné, il ne voulut plus rentrer au pays et vint à Paris reprendre son métier de tonnelier. Les choses ne marchant pas comme il voulait, il se met à boire avec l'intention de se tuer, il s'aperçoit que le mal vient et non la mort, il cesse et depuis ne fait plus d'excès, mais il boit régulièrement ; son tempérament vigoureux, seul, lui permit de résister à sa mauvaise hygiène.

Bon ouvrier, il reste bien avec son patron et éleva tranquillement ses fils. Il avait toujours un caractère difficile, emporté et n'admettait pas les observations ; un jour que son patron l'ennuyait, il lui jette deux brocs à la tête. Avec ses fils il resta bien tant qu'il fut le maître, mais quand ils voulurent se marier, le ton changea. Quand l'ainé se maria, la fiancée ne lui plaisant pas, il va à la mairie en blouse, en tablier de travail et en casquette, il signe et s'en va. Sa fille se marie en 1880 ; il va au pays, assiste au mariage à la mairie et quitte la compagnie : « cela lui faisait mal au cœur, mais il se connaît, il sait bien que si on avait dit un mot il aurait fait du bruit et désorganisé la fête. » Son second fils se marie en 1883, il ne le voit plus, « il est bien chez lui, il le laisse tranquille. » Depuis qu'il est ici, il ne veut pas écrire à ses enfants, on l'appellerait au parloir, dit-il, pour voir son fils, qu'il refuserait d'y aller. Depuis 1882, il ne travaille plus, il vit de travaux qu'il fait pour l'un ou pour l'autre et de quelques économies.

Il a imaginé de faire de l'eau-de-vie avec des cosses de pois, des raves, en y ajoutant de la levure de bière ; il les faisait fermenter, distillait dans un alambic et obtenait un remède infaillible contre la colique ; il en a fait 4 ou 5 bouteilles. Il prétend qu'ainsi il obtenait un bon alcool, « le mauvais alcool que l'on a aujourd'hui est fabriqué par les Allemands. » Sa découverte est sérieuse, mais il ne peut s'en servir parce qu'il n'a pas de fonds. Il connaît aussi un remède pour guérir le rhume : l'eau salée ; il attache à sa découverte une grande importance.

La misère dans laquelle il vit depuis quelques années lui fait voir en noir la situation commerciale et ouvrière ; sa haine de l'Allemand aidant, il en arrive à se dire qu'une guerre serait le seul remède possible à la situation actuelle et ne trouve rien de mieux, pour l'amener, que de tuer l'ambassadeur d'Allemagne. « Ils ont bien tué le nôtre en 1795. » Il y a plus d'un an qu'il rumine cette idée ; il était, d'ailleurs, bien sûr de ne pas être jugé ; « est-ce qu'on a jugé Kauffmann ? »

Il raconte qu'en janvier 1887 il avait mis une boule en verre remplie de poudre (200 grammes) à côté de la porte de l'ambassade ; « la mèche était allumée, mais on l'aura éteinte, ça n'a pas éclaté ; c'était pour leur faire comprendre que quelqu'un pensait à eux. » L'année suivante, pendant 8 jours, il a rôdé autour de l'ambassade, mais, ne pouvant approcher de l'ambassadeur, il a tiré, avec un mauvais pistolet, sur un petit employé et s'est éloigné tranquillement. Aujourd'hui même, il n'est pas possible de discuter raisonnablement son acte ; il est persuadé que son idée était bonne, comme toujours, et qu'il faisait une action utile, presque louable. Il expose volontiers ses théories politiques : il ferait mettre en prison tous ceux qui ont gouverné depuis 1870 et il confisquerait leur fortune au profit de l'Etat.

Cette observation montre l'absurdité des mobiles qui poussent ces malades à l'accomplissement de leur œuvre délirante. Si les apparences de la raison, la persistance de la lucidité peuvent un moment faire illusion, l'histoire entière de leur existence, le caractère obsédant de leurs convictions erronées, leurs réactions maladives dénotent clairement le désordre profond de leur intelligence et de leur sensibilité. (*A suivre*).

HÔPITAUX DE PARIS. — *Changements de Directeurs.* — Sur sa demande, M. Baudry, directeur de l'Hôtel-Dieu, est nommé directeur de l'hôpital Beaujon. — M. Joret, directeur de l'hôpital Beaujon, remplace M. Baudry, à l'Hôtel-Dieu.

CLINIQUE INFANTILE

HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS. — **M. SEVESTRE.**

Nature et traitement de la Diphtérie (*fin*) (1).

Leçon recueillie par L. GUINON, ancien interne des hôpitaux.

Cette méthode comprend deux procédés, qui se complètent l'un l'autre : les applications topiques et les lavages à grande eau.

Les *applications topiques* sont faites comme précédemment, mais avec moins de rigueur ; il va sans dire que si vous pouvez enlever les fausses membranes, vous devez le faire aussi complètement que possible, mais vous éviterez surtout d'excorier la muqueuse. Le liquide de Gaucher convient parfaitement pour ces badigeonnages, mais vous pourrez également avoir recours à d'autres topiques ; tels sont le naphtol camphré, la solution d'acide phénique à 5 0/0 (en ayant soin de dissoudre l'acide phénique dans la glycérine), la solution de créosote conseillée par M. Legroux (1 partie de créosote pour 10 d'alcool et 20 de glycérine).

La solution d'acide salicylique à 1 ou 2 0/0, le perchlorure de fer pur ou mélangé par parties égales avec la glycérine peuvent aussi être recommandés. Enfin vous m'avez vu employer à plusieurs reprises la teinture d'iode qui me paraît offrir l'avantage de pénétrer dans l'épaisseur de la fausse membrane plus profondément que les autres liquides.

Quel que soit d'ailleurs le liquide que vous aurez employé, vous devrez faire ces applications largement, lentement, sans vous presser, de façon à atteindre toutes les parties malades. Vous les répéterez plusieurs fois par jour, et d'autant plus souvent que vous aurez affaire à une forme plus extensive, à des accidents plus redoutables.

Dans l'intervalle, toutes les heures, vous ferez faire des *lavages de la gorge et de la bouche* au moyen d'un irrigateur ou d'un appareil analogue. Ne comptez pas sur les gargarismes, qui sont insuffisants, et sont d'ailleurs impraticables chez les enfants. L'injection bien faite assure l'antisepsie de la gorge, détache les fausses membranes, et si elle est pratiquée avec un liquide chaud, calme la douleur d'une façon remarquable.

Vous aurez soin de faire vous-mêmes la première injection et de bien montrer la façon d'opérer aux personnes qui seront chargées de vous remplacer pour les suivantes. Les moindres détails ont ici leur importance ; car si les précautions ne sont pas bien prises, l'opération sera tout à la fois plus pénible et moins efficace. Un aide doit prendre l'enfant, et l'appuyant solidement contre sa poitrine, maintenir à la fois les jambes et les bras (une alèze enroulée autour du tronc facilite beaucoup cette manœuvre) ; la tête fixée par le même aide au moyen d'une main largement appliquée sur le front, doit être penchée en avant, de façon à permettre l'écoulement du liquide qui autrement pourrait être dégluti. Les choses étant ainsi disposées, vous placez entre les arcades dentaires soit l'écarteur de Saint-Germain, soit simplement un bouchon ou un coin de bois ; puis vous poussez l'injection d'abord doucement, et ensuite avec plus de force, et en vous efforçant de diriger le jet plus spécialement dans les points qui sont le plus atteints. Dans les premières tentatives, l'enfant essaiera d'abord de résister, mais comme il verra que la chose est impossible, comme de plus il éprouvera un certain soulage-

(1) Voir *Progrès Médical*, n° 9.

© ANM

ment, il deviendra généralement plus docile. En tout cas, que l'opération soit facile ou non, insistez pour qu'elle soit faite régulièrement.

Quant au liquide que vous devrez employer, ce sera la solution phéniquée à 1 0/0, la solution d'acide salicylique à 1 pour 1.000, la solution boriquée à saturation, la solution de chloral à 1 0/0, la solution de permanganate de potasse à 1 pour 1.000, l'eau naphtolée saturée, l'eau de chaux, etc.

Je vous ai dit que ces injections devaient être répétées dans le jour toutes les heures environ, mais dans la nuit il n'en sera plus tout à fait de même. Je sais bien que certains auteurs ont donné le conseil de réveiller l'enfant, mais je crois au contraire que le sommeil doit être respecté, ou du moins que l'on peut se départir pour la nuit de la sévérité que je recommandais tout à l'heure pour le jour. Sans doute, il ne serait pas sage d'abandonner complètement ce moyen ; mais sans réveiller l'enfant tout exprès pour lui faire subir cette opération, on devra profiter des moments où il s'éveille de lui-même, ce qui ne manque jamais de se produire de temps en temps dans les diphtéries un peu graves.

Enfin pour assurer mieux encore l'antisepsie locale, surtout dans les cas où la maladie tend à envahir le larynx ou les bronches, vous ferez autour du malade des *pulvérisations* avec l'appareil de Lucas-Championnière, en employant la solution de phénol et de thymol que je vous ai indiquée dans une leçon précédente. On a recommandé dans le même but la solution de créosote à 1 0/0 ou celle d'acide salicylique ; mais je reproche à cette dernière de produire souvent de la toux et des éternuements.

A défaut de pulvérisateur, vous pourrez tout au moins faire évaporer des solutions antiseptiques sur un fourneau portatif (à alcool ou à pétrole).

Ces vaporisations sont certainement très utiles, d'abord, comme je le disais tout à l'heure, en contribuant à l'antisepsie locale, et aussi en entretenant dans l'air que respire le malade une certaine humidité, favorable au détachement spontané des fausses membranes.

Enfin ces substances antiseptiques peuvent, en quantité plus ou moins notable, être absorbées par les muqueuses et pénétrer dans la circulation pour produire ensuite une action générale. C'est même à cette action antiseptique générale que M. Renou (de Saumur) attribue (1) le rôle principal dans la méthode qu'il a préconisée, et qui consiste dans la vaporisation continue d'acide phénique en solution à 5 0/0 (il faut arriver à faire évaporer en moyenne 1 gr. d'acide phénique par mètre cube et par 24 heures). Ces vaporisations sont bien supportées et n'ont, paraît-il, jamais amené d'accidents ni d'intoxication. Au contraire, d'après M. Renou (de Saumur), M. Geffrier (d'Orléans), et quelques autres, elles auraient une efficacité certaine et amèneraient la guérison dans l'immense majorité des cas. Je reconnais qu'elles peuvent en effet être très utiles, mais j'avoue que je n'ai pas vu une action aussi manifeste dans la diphtérie que nous observons à Paris, et en outre, tout en préconisant les vaporisations antiseptiques, je ne voudrais pas renoncer aux autres moyens (comme le fait M. Renou) et je considère comme plus importante encore l'antisepsie locale bien faite par les applications topiques et les lavages à grande eau.

Dans le même ordre d'idées je dois vous signaler les vaporisations d'acide fluorhydrique recommandées par M. Henri Bergeron, les inhalations de brome (Ozanam), enfin la méthode préconisée par M. Delthil, et qui consiste à soumettre le malade aux vapeurs résultant de la combustion d'un mélange de goudron, de gaz et de térébenthine. Cette méthode, essayée à l'hopital Trousseau il y a quelques années, paraît n'y avoir donné que des résultats peu encourageants, et j'avoue que l'ayant employée moi-même dans deux circonstances, j'ai trouvé qu'elle était très pénible pour le malade et ceux qui l'entourent. Je crois savoir du reste qu'elle a été abandonnée par le Dr Delthil, ou du moins qu'il se contente aujourd'hui de faire des vaporisations de térébenthine dans la chambre du malade. Un moyen analogue (vaporisations d'Eucalyptus) a été employé aussi par M. Bonamy (de Nantes) qui dit en avoir obtenu de très bons résultats ; vous pourrez y avoir recours concurremment ou alternativement avec les pulvérisations antiseptiques.

Il est une autre méthode dont le mode d'action n'est pas bien défini, mais que je crois pouvoir vous recommander : je veux parler du *traitement par la glace*, proposé par Grand-Boulogne, Bleynie (1), et souvent employé à l'étranger, particulièrement en Amérique. Toutes les dix minutes, on met dans la bouche du malade un morceau de glace, qui y fond lentement. Est-ce en contrariant le développement des microbes que la glace agit, ou en troublant l'absorption des produits toxiques par la constriction qu'elle exerce sur les vaisseaux ? Je l'ignore, mais le fait est que ce moyen si simple est véritablement efficace. Je l'ai trouvé particulièrement utile chez les tout petits enfants, qui d'ailleurs prennent facilement la glace ; chez les enfants plus âgés, à 4 ou 5 ans, par exemple, on rencontre parfois plus de résistance. L'emploi de la glace ne vous empêche du reste aucunement de recourir aux autres moyens et particulièrement aux applications topiques que je vous ai indiquées.

Vous savez, Messieurs, que certains médicaments, introduits dans l'organisme par une voie quelconque, s'éliminent spécialement par les muqueuses du pharynx ou des voies respiratoires. Nous avons là une ressource précieuse et nous pouvons au moins tenter, par cette voie détournée, d'agir sur la production des fausses membranes, et faire de l'*antisepsie locale indirecte*. C'est ainsi que l'on a recommandé l'usage du chlorate de potasse qui s'élimine en grande partie par la salive ; malheureusement l'action de ce sel, très utile dans les stomatites, est contestable pour la diphtérie. On a proposé aussi le brome (à la dose de 5 ou 6 gouttes dans une potion) et la pilocarpine (Guttmann). Des essais, faits par Archambault avec cette dernière substance, lui ont montré qu'elle n'avait d'autre résultat que d'affaiblir les malades.

Le copahu et surtout le cubèbe (1 à 4 gr. d'extrait oléo-résineux ou 15 à 20 gr. de saccharure de cubèbe) ont certainement plus d'efficacité, mais l'emploi de ces remèdes doit être surveillé de très près, car ils peuvent provoquer de la diarrhée, ce qui est pour le petit malade une cause d'affaiblissement.

Dans ces dernières années, Letzerich a vanté aussi le benzoate de soude, dont l'action est au contraire fortement contestée par d'autres observateurs, et en particulier par Gnändiger et M. Cadet de Gassicourt. J'ai

(1) Renou. — *La diphtérie et son traitement antiseptique.* Paris, 1888.

(1) *Traitement de l'angine couenneuse et du croup par la glace.* — Limoges, 1888.

© ANM

employé moi-même ce médicament, dans un certain nombre de cas, spécialement pour la diphtérie du larynx et des bronches, et il m'a semblé que les résultats étaient assez encourageants. Je crois donc que dans des circonstances analogues vous ferez bien de le prescrire, par exemple d'après la formule suivante :

Benzoate de soude.	2 à 5 gr.
Eau distillée.	60 gr.
Eau de menthe.	40 gr.
Sirop d'écorces d'oranges	25 gr.

A prendre par cuillerées à dessert, d'heure en heure.

Dans le but encore de faire de l'antisepsie indirecte, j'ai essayé, dans un certain nombre de cas, les *injections sous-cutanées* de divers *produits antiseptiques* ou balsamiques en solution dans l'huile de vaseline, (iodoforme à raison de 0,01 centigramme par seringue; eucalyptol et cubébol à la dose de 0,20 centigr.). Ces injections ont été en général très bien supportées, et n'ont que très rarement produit d'abcès; avec l'iodoforme, j'ai constaté plusieurs fois que l'albuminurie succédait assez rapidement aux injections, et je crois qu'il faut être assez réservé dans l'emploi de cette substance, bien qu'il soit impossible d'affirmer que l'albuminurie n'était pas sous la dépendance de la diphtérie elle-même. Le même fait ne s'est pas reproduit avec l'eucalyptol ou le cubébol.

Quant aux résultats sur la maladie, ils ne sont pas très concluants en raison de la gravité des cas où ces injections ont été employées; il m'a semblé cependant que la marche de la diphtérie était ralentie et qu'elle subissait un temps d'arrêt. M. Legroux a, de son côté, fait des injections sous-cutanées de créosote en solution dans l'huile d'olives aseptique.

A l'antisepsie du pharynx, vous aurez soin, Messieurs, d'ajouter l'*antisepsie de tout le tube digestif*; vous comprenez combien elle est ici nécessaire, puisque le malade avale incessamment des débris de fausses membranes, des produits toxiques, et vous savez d'ailleurs que la diarrhée n'est pas très rare dans la diphtérie. Vous obtiendrez, du reste, cette antisepsie par les moyens ordinaires, soit le calomel, soit le naphtol et le salicylate de bismuth.

B. — *Antisepsie générale.* — Vous savez, Messieurs, que les microbes et en particulier celui de la diphtérie sont surtout nuisibles par les produits solubles auxquels ils donnent naissance; par conséquent, en même temps que, par l'antisepsie locale, vous troublez la prolifération des microbes et la production des poisons qu'ils sécrètent, vous devez aussi, lorsque ces poisons ont été absorbés, chercher à les détruire ou tout au moins à les modifier: c'est là le rôle de ce que l'on désigne sous le nom d'antisepsie générale, dénomination que je conserve à défaut d'une autre meilleure. Cela ne veut pas dire qu'il faut donner au malade les substances appelées communément antiseptiques; car, même ingérées à haute dose, ces substances, diluées dans la masse du sang, n'auraient plus qu'une action très problématique, et nous ne connaissons pas encore de médicament qui soit à la fois suffisamment actif contre le poison et suffisamment bien toléré par l'organisme. C'est pour cette dernière raison que je ne puis vous recommander l'usage interne du sublimé ou des autres mercuriaux qui ont été préparés dans ce but.

Fort heureusement, nous avons d'autres moyens d'action, qui, pour être moins immédiats, ne sont pas moins efficaces. Nous savons, en effet, que ces produits toxiques sont retenus ou en partie détruits par le foie, qu'ils sont brûlés dans le sang, qu'ils sont éliminés par les reins: c'est dans ce sens qu'il faut agir. Par exemple, l'asphyxie lente et l'inanition nuisant à l'action physiologique du foie, vous ferez indirectement de l'antisepsie en donnant au malade de l'oxygène et des aliments facilement assimilables. L'oxygénation du sang et par suite la combustion des produits toxiques, seront assurées par les inhalations d'oxygène et la ventilation de la chambre. Enfin, vous exciterez l'émonctoire rénal par le régime lacté, les boissons abondantes, et au besoin par les injections sous-cutanées de caféine qui ont aussi l'avantage de stimuler les fonctions du cœur.

C. — *Traitement général.* — « Surveillez le microbe, a dit excellemment le professeur Bouchard, mais n'oubliez pas l'organisme et ses réactions; glorifiez les progrès récents, mais soyez assurés que tout ne date pas d'hier et qu'il y a encore une médecine. » On ne saurait mieux dire, Messieurs, et dans la diphtérie, en particulier, il importe au plus haut point de soutenir l'organisme.

Pour cela, vous devrez *alimenter* le malade le mieux possible. Le lait offre tous les avantages et vous devrez en faire prendre autant que possible. A défaut de lait, ou comme complément, vous donnerez des potages, du jus de viande, des gelées, des œufs ou de la viande crue en purée. Ne craignez pas d'insister, et au besoin, en cas de refus absolu, vous aurez recours à la sonde œsophagienne.

Au contraire, vous serez sobres de médicaments: le quinquina peut être très utile, mais est parfois mal supporté; n'hésitez pas alors à le laisser de côté. Les *alcooliques* sous une forme quelconque (malaga, grogs, etc.) n'ont au contraire que des avantages. Enfin, vous pourrez donner aussi comme tonique le perchlorure de fer (de 20 à 40 gouttes par jour).

L'oxygène est lui-même un puissant tonique et vous aurez soin d'entretenir dans la chambre une *ventilation* convenable en évitant cependant que la température descende au-dessous de 18° ou 20°. Vous aurez parfois à lutter contre les répugnances de la famille pour obtenir cette aération, mais ne craignez pas d'insister et montrez qu'avec des précautions on peut toujours sans danger renouveler l'air de la chambre. Si vous pouvez faire réserver pour le malade deux chambres voisines, ce sera encore bien préférable; car vous pourrez ainsi le mettre alternativement dans l'une et dans l'autre.

Vous éprouverez souvent quelques difficultés à faire donner des soins de propreté; ils sont cependant bien nécessaires, non pas seulement parce que les moindres excoriations de la peau peuvent se recouvrir de plaques diphtéritiques, mais surtout parce que la peau est, comme le rein, une voie d'élimination pour les produits toxiques solubles; surveillez donc tout spécialement les fonctions de la peau.

Rappelez-vous enfin que le sommeil de l'enfant doit être respecté et recommandez le plus grand calme autour de lui.

D. — *Traitement des complications et des suites de la diphtérie.* — Ce traitement est aussi fort important, mais comporte une série de questions dans le détail desquelles je ne puis entrer ici. Je me borne à vous le signaler.

Traitement des diverses localisations de la diphtérie. — Je devrais encore, Messieurs, pour être complet, passer en revue les diverses localisations de la diphtérie;

© ANM

mais le temps me presse, et je dois m'arrêter ; d'ailleurs, quel que soit l'organe primitivement atteint, les mêmes indications se retrouvent et présentent seulement dans leur application quelques modifications de détail.

Ainsi pour le *croup* et la *diphtérie bronchique*, vous devrez user largement, d'une façon à peu près continue, des vaporisations antiseptiques ; vous pourrez donner le benzoate de soude en potion ou même recourir aux injections sous-cutanées de substances antiseptiques.

Vous insisterez sur le traitement général et vous éviterez tout ce qui pourrait affaiblir l'organisme ; à ce titre, les vomitifs devront être réservés pour les cas d'urgence extrême. La trachéotomie, si elle devient nécessaire, devra être faite avec les précautions antiseptiques, et surtout la plaie sera fréquemment lavée, ainsi que l'intérieur du larynx, autant du moins que la chose est possible.

Le traitement antiseptique est applicable également à la *diphtérie nasale*, *oculaire* et *cutanée*. Les procédés d'application et les substances employées varieront naturellement suivant le siège de la maladie ; mais, en somme, c'est toujours le même principe qui devra vous diriger : *faire de l'antisepsie le plus complètement et le mieux possible*.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Hygiène des Chemins de fer.

Voilà plus de cinquante années qu'ont été inventés les chemins de fer ! Qu'a-t-on fait depuis cinquante ans pour améliorer le sort des voyageurs qui font de longs parcours sur les voies ferrées ? Rien, ou du moins presque rien. Voilà plusieurs années que dans les différentes branches de l'industrie ou du commerce on oblige les directeurs d'usines ou de chantiers à observer les règlements de l'*hygiène publique*. Qu'ont fait à ce point de vue spécial, le seul qui doive nous occuper ici, nos grandes Compagnies ? Nous n'hésitons pas à répéter : rien ou presque rien.

Ceux qui l'an dernier ont pu voir au Champ-de-Mars l'Exposition rétrospective des Chemins de fer ont dû être frappés comme nous du peu d'importance des modifications apportées depuis 1840 aux vagons de voyageurs. Nous ne nions pas que certains progrès aient été réalisés dans la suspension, l'éclairage et même la ventilation, points du ressort de l'hygiéniste, — quoiqu'aujourd'hui on pourrait bien mieux faire, si on voulait apporter dans l'étude de ces questions toute l'attention désirable. Mais personne ne nous contredira si nous avançons qu'on s'est à peine occupé de transformer les vagons, suivant qu'ils doivent servir à de *courts* ou à de *longs trajets*.

Les Compagnies françaises ont pourtant pour exemple les progrès réalisés par la navigation transatlantique, par les Compagnies d'Amérique, dont les trains doivent parcourir d'immenses étendues de terrain. Pourquoi ne ferait-on pas pour les Express, marchant nuit et jour, de Paris à Nice par exemple, de Paris à Madrid, Rome, Berlin, de Calais à Brindisi, etc., ce qu'on met journellement en pratique à bord des maisons flottantes qui sillonnent les océans. On a besoin de ses aises aussi bien dans les maisons roulantes que sur les transatlantiques, car *on peut être malade* aussi bien dans un vagon que sur un trois-mâts. Nos ingénieurs paraissent convaincus qu'il n'y a que les rois de l'argent et de la santé qui puissent désirer jouir des agréments ou des avantages des longs voyages sur terre !

Jusqu'à ces dernières années, les grandes Compagnies n'ayant qu'un but, le transport des marchandises, affectaient le mépris le plus profond pour les besoins des voyageurs. On ne se doutait pas, dans les bureaux de ces grands bâtiments qui avoisinent les gares de Paris, que la nuit est faite pour dormir, même si l'on se trouve en chemin de fer ! On ne se doutait pas qu'il était stupide d'obliger à déjeuner en dix minutes le voyageur *malade* allant de Paris à Vichy ! Il a fallu qu'une Compagnie belge se créât, la Compagnie des Vagons-Lits, pour que nos ingénieurs français se doutent de tout cela ! Il le fallut, pour qu'ils comprennent qu'il vaut mieux décidément bien manger et bien dormir qu'avaler, entre deux coups de sifflet et beaucoup de charbon, un morceau de pain et de fromage, que geler une nuit d'hiver dans une glacière ouverte à tous les vents, cuire une nuit d'été dans une soute à charbon ambulante.

Ils firent tout ce qu'ils purent pour entraver les réformes, pour empêcher les vagons-lits et les vagons-restaurants (nous tenons à parler français) de circuler sur les voies ferrées. Cependant, ils ne purent lutter longtemps contre la bourse des gros financiers et durent bientôt céder ; les instances des millionnaires, désirant voyager avec le confort auquel ils sont accoutumés, vinrent à bout des obstacles. Mais les millionnaires seuls eurent raison, par l'intermédiaire de la Compagnie internationale des Vagons-Lits. On se garda bien de songer aux nécessités de l'*hygiène* pour les autres voyageurs !

Les Administrations de nos chemins de fer permirent donc aux vagons de luxe d'une autre administration d'emprunter leurs voies ; mais c'est l'unique concession qu'elles firent. Tant qu'à tenter semblable expérience avec leur propre matériel, elles n'y pensèrent point. Des frais nouveaux auraient été nécessaires. N'a-t-on pas toujours le temps de bien faire ? De telle sorte que pour voyager, c'est-à-dire vivre, dormir, manger dans les chemins de fer, que pour avoir le droit d'entreprendre un long parcours, en se conformant aux lois ordinaires de l'hygiène, il faut souvent payer une surtaxe de 50 0/0 en sus du tarif ordinaire de la première classe ! Autant dire que les millionnaires seuls ont droit à une existence ne devant pas être interrompue par une maladie, un accident quelconque ! La santé ne saurait être, en effet, dans de telles conditions, à la portée des bourses qui doivent voyager pour s'emplir !

Il eût été pourtant bien simple de mettre tout le monde d'accord et de laisser les vagons-lits de la Compagnie internationale se promener par les champs. Il suffisait de créer un type spécial de *vagons pour les Express de nuit*, de la même façon que la C^ie^ P.-L.-M. a créé un type particulier pour les Express de jour. Quoi d'ailleurs de plus simple ? Il s'agit tout simplement de transformer chaque compartiment de première classe d'un grand vagon en cabine de transatlantique et d'adjoindre à de tels compartiments, pouvant se fermer la nuit, une sorte de promenoir avec des strapontins

© ANM

analogues à ceux des théâtres, et deux water-closets. Chaque compartiment de première, installé de la sorte, pourrait comprendre jusqu'à 9 couchettes superposées (3 sur chaque face ; l'une d'elles restant libre pour la porte de sortie sur le promenoir commun). Le voyageur passerait une nuit tranquille et pourrait, le matin, avant l'arrivée, se délasser dans le long couloir ou s'y asseoir sur le strapontin placé à cet effet.

Pour le parcours de jour, on changerait de vagon. Les Express de jour se composeraient dès lors de vagons de jour et de vagons-restaurants. Ce changement de voitures n'aurait que très peu d'inconvénients et ne serait nécessaire que pour les voyages dont la durée dépasserait 12 heures. D'ailleurs, il a souvent lieu maintenant pour des raisons plus futiles. Et de la sorte, *sans supplément de prix*, sans être millionnaire, on pourrait aller de Paris à Nice sans passer une nuit blanche, sans avoir, au débotté, les reins absolument cassés, sans contusions ni bosses, sans avoir une rétention d'urine ou... des coliques effroyables, sans étouffer le jour en Provence dans le vagon où la nuit on a gelé en Champagne!

Nous venons de parler des cabinets d'aisances. Sans revenir ici sur la question que nous avons soulevée il y a quelques semaines dans ce journal (1) et sur l'article — reproduit d'ailleurs par un grand nombre de nos confrères — où nous réclamions avec instance la présence de water-closets dans tous les trains express, marchant au moins une heure sans arrêt, nous devons rappeler que ceux des gares sont tenus en général de la façon la plus extraordinaire. Sauf dans les grandes villes, ce n'est à l'entrée qu'un élégant semis d'immondices, et à l'intérieur qu'un ignoble amas de fumier. D'autre part, la majorité des water-closets, que possèdent aujourd'hui de trop rares vagons, sont construits d'une façon déplorable. Ils déposent sur la voie, sans la moindre pudeur, ce qui devrait être précieusement conservé pour être placé, à l'arrivée, en lieu sûr. Supposez qu'une personne, en puissance de fièvre typhoïde, de choléra, etc., se trouve dans un train où les water-closets sont ainsi disposés ; elle peut très bien semer, sur le trajet du train, une véritable épidémie, les eaux entraînant facilement ce qui a été, sans réflexion, jeté sur la voie. Inutile d'ajouter que l'entretien de ces lieux d'aisances, quand ils existent sur les vagons, laisse fort à désirer.

Encore une remarque qui s'applique plus spécialement à une région et à une Compagnie. On sait que ce sont surtout les crachats des phtisiques qui servent à disséminer la tuberculose. Dès lors, comment admettre qu'on laisse cracher des tuberculeux, pendant des jours et des nuits, dans des vagons mal aérés où voyagent des gens fort aptes à contracter, à la moindre occasion, la première affection microbienne venue.

Les trains qui font le service des villes d'hiver de la Méditerranée transportent chaque semaine des douzaines de phtisiques, qui ne se gênent pas pour cracher, un peu partout, en route ou dans les gares. On n'y prend absolument pas garde. Les Compagnies de Chemins de fer et en particulier celle du Paris-Lyon-Méditerranée ne sont pas pardonnables de ne point songer davantage aux enseignements de l'hygiène moderne. Cette dernière est, de par les exigences des Anglais qui fréquentent ses trains, obligée de soigner tout particulièrement le service des voyageurs. Ses ressources lui permettent de réaliser toutes les améliorations désirables. Dès lors, pourquoi hésite-t-elle ?

Le remède est pourtant bien simple ; il suffirait de placer, au moins dans les compartiments de luxe et surtout dans ceux où sont obligés de voyager les grands malades, des *crachoirs* analogues à ceux qui se trouvent, dit-on, dans certains trains américains. A l'arrivée, on en serait quitte pour désinfecter ces crachoirs par des procédés sur lesquels nous n'avons pas à nous appesantir ici.

M. Sormani (de Pavie) a d'ailleurs été plus loin dans une communication au Congrès de Berlin. N'a-t-il pas dit : « Dans les localités qui servent de stations d'hiver pour les tuberculeux, les vagons de voyageurs devraient être construits de telle sorte qu'on pût les désinfecter aisément, surtout le plancher. » Il a même ajouté : « On devrait procéder de même pour les navires qui transportent des émigrants et même ceux-ci ne devraient pas être embarqués quand ils sont reconnus phtisiques. » Ce qui est peut-être aller un peu loin.

Les quelques lignes qui précèdent ont simplement pour but d'attirer l'attention des médecins des Compagnies de Chemins de fer sur les devoirs qui leur incombent désormais, au point de vue de l'hygiène prophylactique. Nous osons espérer qu'ils voudront bien écouter nos plaintes et les transmettre à ceux qui ont charge de vie sur les voies ferrées. Nous croyons — nous nous illusionnons peut-être — que le moment est venu pour appeler l'attention sur ces réformes, puisque nos confrères de la Presse médicale et scientifique ont bien voulu se joindre à nous quand nous avons commencé à aborder, dans un simple entrefilet, cette question.

En tous cas, nous profitons de l'occasion pour rappeler que les communications suivantes ont dû être faites au dernier Congrès international de Berlin, dans une sous-section spéciale ayant pour titre : Hygiène des Chemins de fer.

Les Systèmes de sauvetage dans les catastrophes de Chemins de fer, par MM. Herzog (Munich) et Eckardt (Munich) ; — *De l'Alimentation du personnel pendant la marche des trains*, par M. Bertz (Munich) ; — *Hygiène des voyageurs dans les trains*, par M. von Czatary (Pesth) ; — *Salle de dortoir pour le personnel des trains*, par M. Stich (Nuremberg) ; — *Exigences corporelles pour le service des Chemins de fer*, par M. Schwechten (Berlin) ; — *Influence des médecins sur l'Administration des Chemins de fer*, par M. Braehmer (Berlin).

Nous ignorons si ces communications ont toutes été faites, si d'autres médecins ont parlé à Berlin sur des sujets analogues ; mais leur simple énumération montre que bien d'autres avant nous ont songé à attirer l'attention sur cette intéressante question.

Marcel Baudouin.

(1) Voir *Progrès médical*, n° 36, 1890, p. 192.

© ANM

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 30 septembre 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

M. Horteloup fait une communication sur le *traitement des rétrécissements traumatiques du canal de l'urèthre*, à propos du cas suivant. Il s'agit d'un garçon de 19 ans, atteint d'un rétrécissement traumatique infranchissable au niveau du périnée. La résection totale de la portion rétrécie fut faite et les suites de l'opération furent très simples. Un mois après on pouvait faire rentrer une bougie Béniqué n° 50. Depuis six ans et demie la guérison s'est maintenue. — La résection du canal de l'urèthre est facile et sans plus de dangers, grâce à l'antisepsie, que l'uréthrotomie externe. La formation d'une gouttière uréthrale ne serait à redouter que s'il fallait remonter jusqu'à la région spongieuse. M. Horteloup propose la résection non pas contre tous les rétrécissements de l'urèthre, mais seulement contre les rétrécissements traumatiques, où la récidive est la règle ordinairement. Molière a rapporté un cas où, 12 ans après la résection, la guérison s'était maintenue. Dans le cas présent elle se maintient depuis plus de six ans.

M. Terrier relate une observation de *cholécystectomie*. La malade souffrait périodiquement de coliques hépatiques depuis 26 ans. Depuis six mois les crises étaient quotidiennes ; l'ictère était persistant ; la nutrition de la malade était très mauvaise puisqu'elle n'éliminait plus que 6 gr. 50 d'urée par vingt-quatre heures. La vésicule biliaire mise à nu et incisée, on retira un certain nombre de calculs, contenus dans son intérieur, assez facilement. Mais comme il y en avait d'autres solidement enchatonnés dans des diverticules du col et du canal cystique, on fit l'ablation de la vésicule et d'une partie du canal cystique. De plus, comme il y avait oblitération du cholédoque, on extirpa les calculs aussi loin que possible jusque dans le canal cystique, non sans difficulté. Le canal cystique fut lié circulairement, mais la ligature fut insuffisante, ayant probablement sectionné le canal. Mais un drain avait été placé, qui allait du canal cystique au milieu de la plaie abdominale, par lequel la bile put s'écouler. Au bout d'un mois l'écoulement de bile se tarit spontanément. Actuellement la malade est complètement guérie.

M. Lancereaux pense que la chirurgie doit intervenir plus fréquemment aujourd'hui dans les affections du foie. Il demande la cause de l'ictère dans le cas de M. Terrier puisque le cholédoque n'était pas oblitéré par un calcul.

M. Terrier croit qu'il était dû à une compression mécanique exercée sur le cholédoque par un calcul du canal cystique.

M. Le Roy de Méricourt désire connaître le volume du plus gros des calculs extirpés, certains calculs même très volumineux pouvant s'éliminer spontanément.

M. Ollivier a rencontré chez les vieillards un grand nombre de calculs de la vésicule entraînant des accidents très graves, et il pense qu'à l'avenir on pourrait les éviter en intervenant plus souvent chirurgicalement.

M. Hayem a remarqué que contrairement à ce qu'on pensait, le contact de la bile avec le péritoine ne déterminait pas d'accidents. Il rapporte le cas publié par lui à la Société médicale des hôpitaux, dans lequel, à la suite d'une rupture traumatique de la vésicule, la bile avait pénétré pendant très longtemps dans le péritoine et s'était résorbée sans provoquer de péritonite.

M. Laborde fait remarquer avec quelle facilité la bile reprend son cours normal chez les animaux auxquels on fait la ligature du cholédoque ou une opération sur la vésicule, circonstance qui peut rendre service dans les cas analogues à celui de M. Terrier.

M. Lagneau présente quelques considérations sur la *dépopulation de la France*. Il ne croit pas, comme M. Javal, que la dispense des frères puînés du service militaire puisse accroître la natalité. La durée du service de trois ans permettra de le généraliser tout en permettant des mariages plus précoces. Pour chercher à restreindre la durée du service militaire il faut exercer le corps des jeunes gens pour qu'ils puissent s'instruire plus rapidement à l'armée. Quant aux réformes fiscales, contrairement à M. Javal, il pense qu'on doit les diminuer au lieu de les augmenter. Il propose que les cafés, brasseries, etc., soient frappés par contre d'énormes impôts. La surtaxe imposée aux célibataires peut être utile, en permettant de subvenir aux frais des enfants assistés. Enfin, en 1871, à l'Assemblée nationale, on a proposé de donner à l'homme marié un vote multiple proportionnel au nombre de têtes représentées par lui, ce qui pourrait engager beaucoup d'hommes à se marier.

M. Hervieux lit un rapport sur un travail de M. Amat (de Rodez) sur la *vaccine obligatoire au point de vue de la Défense nationale*.

M. Maurel (de Toulouse) lit une note sur la *résistance des leucocytes aux diverses températures*, d'où il ressort qu'il existe un rapport constant et même peu variable entre la température normale d'un animal et la température la plus élevée supportée par les leucocytes. Ce sont les leucocytes des animaux à sang chaud qui supportent par conséquent les plus hautes températures, et la température à laquelle ils meurent est en général plus élevée de 10° que celle du corps, prise dans le creux axillaire.

Paul Sollier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 1er octobre 1890. — Présidence de M. Nicaise.

M. Chauvel fait un rapport sur un travail de M. le Dr Piedpremier, médecin militaire, et ayant trait au *traitement d'une fistule urinaire rétropénienne*. — Il fait ensuite un second rapport sur une note de M. Amat, médecin militaire, sur l'*eczéma curateur*. Il s'agit d'une plaie du genou, suppurante, avec lymphangite et trois abcès en un mois. Traitement par les cataplasmes, d'où apparition d'un eczéma que M. Amat traite de curateur, parce que, à partir de cette complication, la plaie guérit. Il oublie de mentionner que la plaie suppurait depuis trois mois ; rien d'étonnant qu'après ce laps de temps elle ait guéri. M. Chauvel pense que M. Amat n'aurait pas dû tirer de ce fait une conclusion quelconque.

M. Le Dentu fait une communication sur un *nouveau procédé de traitement des fistules recto-vaginales* qui lui a donné un bon résultat. La méthode classique (avivement et sutures) donne parfois des résultats, mais souvent elle échoue. Dans ces cas, en désespoir de cause, la meilleure manière de faire est d'inciser toute la cloison au-dessous de la fistule, d'aviver et de faire ensuite une grande périnéorrhaphie. C'est là un procédé excellent, bon en particulier quand la cloison est très mince. Mais, quand la déchirure périnéale qui accompagne souvent ces fistules est peu prononcée, quand la cloison a une certaine épaisseur, il y aurait, ce semble, disproportion entre l'opération et la lésion, d'autant plus que la lésion est ordinairement très restreinte.

Dans le cas qu'il a opéré par son nouveau procédé, la fistule avait un diamètre vertical de 4 millim., elle datait de 8 ans. Cette dame avait eu 3 enfants depuis le développement de cette fistule, sans accidents d'ailleurs ; mais cette fistule présentait d'autres inconvénients d'ordre plus intime. Pour la guérir, M. Le Dentu opéra comme suit.

Il fit d'abord une première incision courbe, en fer à cheval, à concavité inférieure, distante de 10 à 15 millimètres environ (cette distance doit être proportionnée aux dimensions de la fistule) des bords de la fistulette, ouverte en bas, mais dont les deux extrémités dépassent de 10 à 15 millimètres le niveau du bord inférieur de l'orifice fistuleux. Ceci terminé, une deuxième incision courbe, ayant les mêmes extrémités que la première, est inscrite dans la concavité de celle-ci, mais le sommet de la courbe passe à raser le bord inférieur de la fistule. De la sorte on délimite un croissant de muqueuse vaginale à convexité supérieure qu'on enlève complètement par dissection, en dé-

© ANM

dollant, comme dans une colporrhaphie postérieure ; on a alors une surface d'avivement en croissant. Pour faire plus facilement cet avivement on peut placer un doigt dans le rectum ; mais, pour l'empêcher de se souiller, on recouvre la main d'un gant de caoutchouc.

Il s'agit maintenant de disséquer un lambeau de muqueuse vaginale capable de recouvrir, par glissement de bas en haut, cette surface d'avivement. Pour cela, on dissèque de la même façon, de haut en bas, le segment de muqueuse vaginale délimité par la deuxième incision. On poursuit la dissection de façon à obtenir une charnière située sur la ligne horizontale qui réunit les points inférieurs de cette deuxième incision. On obtient un lambeau vaginal en clapet qui retombe de lui-même. Si, à ce moment, on faisait les sutures, on plisserait forcément la paroi rectale, car il y aurait trop de tissu. Pour remédier à cet inconvénient et aviver en même temps les bords de la fistule, on supprime un triangle de paroi rectale, dont le sommet correspond au bord supérieur de l'orifice fistuleux et la base au milieu de la charnière du lambeau vaginal en clapets ; cette base doit être environ moitié moins grande que la charnière. Pour faciliter encore l'application des surfaces ouvertes, on fera deux débridements latéraux, sous forme d'incisions de la paroi rectale, partant des deux angles inférieurs du triangle enlevé, se dirigeant obliquement en haut (à 45°) et s'arrêtant environ à la moitié de la distance qui sépare ces angles de la première incision. De cette façon, il n'y a pas de culs-de-sac en arrière du lambeau vaginal relevé et les matières fécales ne peuvent pas s'y accumuler.

Il reste à faire les sutures entre les lambeaux accolés : ce qui est simple. On aura soin d'avoir à l'avance une série d'aiguilles enfilées ; on enfoncera d'abord ces fils dans le lambeau postérieur et supérieur, c'est-à-dire le lambeau rectal. En relevant le lambeau vaginal, on adaptera parfaitement les surfaces avivées ; les fils seront fixés à l'aide de tubes de Galli, ce qui permettra mieux l'étalement des surfaces. Il ne faudra pas trop serrer. On pourrait remplacer les tubes de Galli par des petits rouleaux de gaze iodoformée sur lesquels on nouerait les fils.

Ce procédé, qui lui a donné un bon résultat, ne s'applique pas à tous les cas, particulièrement à ceux où la fistule est trop élevée ou trop basse. En effet quand elle est élevée, cette opération est trop difficile ; quand elle est trop basse, on n'a pas l'espace suffisant pour tracer un lambeau vaginal. Mais cette manière de faire a de grands avantages quand la fistule siège à la partie moyenne.

M. Quénu a traité lui aussi une malade atteinte de la même lésion, mais par un procédé différent. Certes la section du périnée avec avivement et périnéorrhaphie est une bonne opération, comme l'a soutenu récemment M. Monod (*Ann. des Org. Gén. urin.*, 1881) ; mais c'est là une mesure très pénible à proposer, surtout quand le périnée est solide et quand il s'agit, comme parfois, d'une fistulette insignifiante. D'autre part, si la périnéorrhaphie ne réussit pas, on a créé une large brèche de substance. M. Quénu a eu recours à un autre moyen chez une jeune femme, mal accouchée, ayant subi des tentatives de forceps répétées et ayant une fistule recto-vaginale au-dessus du sphincter anal. Il essaya d'abord de traiter cette fistule par le procédé ordinaire (avivement et suture) ; il eut même soin de faire un éperon saillant vers le rectum. Mais 4 ou 5 jours après, les gaz passèrent à nouveau, malgré la présence d'un tube dans le rectum. C'est qu'il s'agissait là d'une fistule ostiale ; il avait pourtant pris toutes les mesures antiseptiques voulues. Devant cet échec il eut recours à un autre moyen (octobre 1889), qui, après recherches faites, semble avoir été conseillé jadis par Guérin (*Méd. opérat.*) et Verneuil. Ce procédé, qui réussissait peu alors, semble avoir aujourd'hui plus d'avenir, maintenant que l'on sait mieux faire l'antisepsie recto-vaginale ; il consiste à dédoubler le vagin et le rectum jusqu'au-dessus de la fistule ; comme le vagin et le rectum ne sont pas également rétractiles, les deux orifices fistuleux ne se correspondent plus. On a dès lors 2 fistules : l'une vagino-vulvaire, dont l'orifice vaginal remonte ; l'autre recto-vulvaire (c'est-à-dire fistule anale antérieure). Par cette seule transposition de plan on met un obstacle au passage des gaz du rectum dans le vagin. On laisse ouverte l'incision périnéale et par là peuvent s'échapper les gaz. La plaie périnéale guérit rapidement sans qu'on soit obligé de faire l'opération de la fistule anale. Il ne dilata pas le sphincter, mais le sectionna ; il eut soin de suturer ensuite la muqueuse anale, ce qui lui donna une sorte de section sous-cutanée du sphincter.

M. Monod. — Les succès obtenus par MM. Le Dentu et Quénu me semblent surtout dus à l'antisepsie ; il a défendu jadis le procédé de Richet, c'est-à-dire la section du périnée, mais il avoue qu'il a eu les mêmes hésitations que M. Quénu. Il craint que le remède ne soit pire que le mal. Un large avivement vaginal pur avec suture profonde lui a donné récemment un succès ; c'est le procédé auquel est revenu d'ailleurs aujourd'hui M. Bouilly. Si jadis on n'avait que des insuccès en opérant ainsi, c'est parce qu'on n'était pas suffisamment antiseptique.

M. Segond. — Au point de vue des fistules recto-vaginales, il faut distinguer celles qui sont *haut placées* et celles qui sont *bas situées*. Quand elles sont haut situées, la manœuvre qui consiste à fendre tout le périnée paraît un peu trop vaste. Quand elles sont bas situées, à 2 ou 3 cent., les succès constants qu'on obtient par la section du périnée et la périnéorrhaphie doivent engager à se servir de ce moyen et en particulier du modus faciendi recommandé par Lawson-Tait (Périnéorrhaphie par dédoublement de la cloison recto-vaginale). De cette façon, on ne sacrifie absolument rien. Il lui semble qu'en employant le procédé de Lawson-Tait et en utilisant toutes les ressources de l'antisepsie recto-vaginale, on obtiendra désormais des résultats à peu près constants.

M. Reclus a opéré une fistule recto-vaginale haut placée. Il fit un large avivement et combla le trou avec la muqueuse retroussée. Il insiste sur l'antisepsie rectale et sur les avantages qu'on retire de l'usage du tube rectal préconisé par M. Tripier (de Lyon).

M. Th. Anger, dans un cas analogue, où il y avait large déchirure du périnée, fit la suture du périnée et la suture de la fistule du côté du rectum et du vagin. Malgré cela, il persista une fistulette à 5 cent. du périnée. Il fit, pour cette fistule, une opération analogue à celle qu'il emploie pour combler les fistules uréthrales ; la malade guérit.

M. Quénu pense que, quand la fistule siège à plus de deux centimètres au-dessus du périnée, et quand ce dernier est solide, il est dur de recourir au procédé de M. Richet. Certes, on peut commencer par l'avivement simple ; mais il faut savoir qu'on peut avoir un échec, malgré les précautions antiseptiques les plus grandes. La preuve, c'est que dans son cas, sur la même malade, avec la même antisepsie, dans les mêmes conditions, le procédé de l'avivement a échoué alors que l'autre a réussi. — En ce qui concerne le tube rectal (1), il n'est pas toujours bien supporté, les malades se plaignent de douleurs, etc. Il préfère sectionner à ciel ouvert le sphincter en arrière, puis réunir par-dessus la muqueuse à l'aide de quelques points de suture. Le sphincter met 10 jours à reprendre, sans suture musculaire, sa tonicité ; c'est plus qu'il n'en faut pour assurer la guérison. On évite ainsi le port d'un tube dans le rectum.

M. M. Sée a opéré aussi une fistule recto-vaginale haut placée.

M. Le Dentu catégorise les cas auxquels on a affaire de la façon suivante : 1° *Large déchirure du périnée*, plus ou moins complète, très accentuée, avec amincissement de la cloison : pour ces cas, la section de la cloison donne de bons résultats. Il faut alors agir largement. Si la périnéorrhaphie échoue, il persiste seulement une petite fistule en haut. Le périnée est toujours reconstitué ; on comblera autrement, s'il y a lieu, la fistule. 2° *Déchirure peu importante* avec fistule. Dans ces cas aussi, on doit proposer tout d'abord la périnéorrhaphie ; ce n'est que si la malade refuse qu'on emploiera d'autres procédés. 3° *Déchirure très peu importante* : a). *Fistules haut placées* : guérison très difficile ; b). *Fistules basses* : Le procédé Guérin-Quénu est excellent, si le procédé de Le Dentu est inapplicable (pas de place pour tracer le lambeau. c). *Fistules moyennes* : On obtient vite la guérison par le procédé Le Dentu. — L'avivement simple a donné tant d'échecs que, malgré les récents succès de MM. Bouilly et Monod, il doit être

(1) Voici à ce propos nos articles sur l'*Antisepsie rectale*, in *Progrès Médical*, n° 35 et 36, 30 août et 6 septembre 1890.

© ANM

laissé de côté. — On peut remplacer le tube rectal par les soins qu'on apporte dans la surveillance des garde-robes. Le 3e jour après l'opération, il donne un léger laxatif (6 capsules huile de ricin Thévenot) ; on obtient alors une garde-robe. Le 4e jour il en donne un autre un peu plus énergique, qui détermine une autre garde-robe. Il enlève alors les fils après cette 2e garde-robe, puis constipe le patient pendant 3 jours. On arrive ainsi au 8e jour ; à cette époque la plaie est cicatrisée. Ainsi donc, tout consiste à favoriser les garde-robes au début et à les modérer après l'ablation des fils.

M. KIRMISSON présente des *rugines* modifiées par M. Mathieu. Les manches sont plus larges, les tranchants moins longs ; elles portent à la partie supérieure une dépression pour le doigt.

M. ROUTIER montre des pièces extrêmement intéressantes. Ce sont *deux hématosalpinx consécutives à une oblitération de l'orifice interne du col de l'utérus due à une cautérisation intra-utérine à l'aide du crayon de chlorure de zinc* (procédé Dumontpallier-Polaillon). — La malade n'avait plus eu ses règles à un moment donné ; des douleurs abdominales étaient apparues. Comme elle avait 37 ans et déjà eu quatre enfants, M. Routier, au lieu de ponctionner l'utérus, enleva les deux hématosalpinx et les ovaires. La pièce montre très nettement que la dilatation des trompes a suivi celle de l'utérus, faussée par l'accumulation du sang menstruel. En effet, ici, le côté de la trompe, qui est en rapport avec l'utérus, ressemble à une artère fémorale ; or, il est rare d'observer une semblable dilatation dans les hématosalpinx ordinaires. L'oblitération de l'utérus portait très nettement sur l'orifice interne ; on comprend pourquoi.

M. BAZY pense que M. Routier aurait pu ponctionner l'utérus et dilater l'orifice utérin, sans enlever les trompes.

M. LE DENTU enregistre ce fait avec intérêt ; car il fera bientôt à l'*Académie de Médecine* un rapport défavorable sur le procédé de Dumontpallier.

Marcel BAUDOUIN.

REVUE D'HYGIÈNE

I. — **Puebla, son hygiène, ses maladies** ; par le Dr PEREIRA (Mexico, 1888).

II. — **Les vidanges et les eaux ménagères au point de vue de l'assainissement des habitations privées** ; par le Dr FRIOT (Steinheil, 1889).

III. — **De la tuberculose chez les ouvriers en soie** ; par le Dr GIVRE. (Baillière, 1890).

IV. — **L'hygiène des vieillards** ; par le Dr ANDRÉ. (Doin, 1890).

V. — **Les maisons d'habitation, leur construction et leur aménagement, selon les règles de l'hygiène** ; par le Dr CORFIELD, traduit et annoté par le Dr JARDET. (Baillière, 1889).

VI. — **Rapport sur la vaccine** (au Comité consultatif d'hygiène publique) ; par le Dr PROUST.

VII. — **Rapport général sur les travaux du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, depuis 1884 jusqu'à 1886.** (Chaix, 1889).

VIII. — **L'hygiène prophylactique** (microbes, ptomaïnes, désinfection, isolement, vaccination et législation) ; par le Dr DUJARDIN-BEAUMETZ. (Doin, 1889).

IX. — **Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique** ; par le Dr Jules ROCHARD. (Lecrosnier, 1889).

X. — **Traité d'hygiène publique et privée** ; par le Dr ROSENTHAL, traduit par le Dr LAVRAND. (Bruxelles, 1890).

XI. — **L'hygiène de l'exercice chez les jeunes gens** ; par le Dr LAGRANGE.

I. — Cette brochure comprend les conditions hygiéniques de Puebla et de ses environs, l'influence de ces conditions sur les habitants, les préceptes et les mesures qu'on doit prendre pour que l'état sanitaire soit bon. On y trouve d'intéressants détails sur les empoisonnements par le Datura stramonium.

II. — Après avoir longuement étudié les différents procédés de l'assainissement des habitations et après avoir montré leurs dangers et leurs inconvénients, l'auteur conclut à la nécessité du tout à l'égout qui réduit au minimum les chances de souillure du sol, de l'air et de l'eau des habitations et des villes.

III. — La mortalité tuberculeuse chez les ouvriers en soie, de Lyon, est un peu supérieure à la proportion des décès tuberculeux généraux de la ville : elle est cependant beaucoup moins élevée que celle d'un certain nombre de corps d'état de la ville (tailleurs, teinturiers, cordonniers, etc.). Les causes professionnelles de la tuberculose sont moins importantes à considérer que les conditions hygiéniques de l'ouvrier qui, à Lyon, sont déplorables : les ateliers sont mal aménagés, confinés, et les ouvriers vivent dans la promiscuité la plus insalubre.

IV. — Si, dans ces dernières années, on a publié un grand nombre d'ouvrages de vulgarisation sur l'hygiène de l'enfance, l'hygiène de la vieillesse a été dédaignée. Aussi le Dr André a-t-il cherché, dans son ouvrage, à attirer l'attention du public médical sur cette question intéressante et singulièrement dédaignée. Le médecin pourra y trouver des renseignements utiles pour sa pratique de tous les jours ; l'homme âgé apprendra à ménager ses forces, à les augmenter au besoin et à éviter un certain nombre d'incommodités.

V. — L'auteur anglais étudie la maison au point de vue de sa situation et de sa construction ; il indique les meilleurs procédés de ventilation, d'éclairage et de chauffage ; il traite de l'approvisionnement d'eau, de l'enlèvement des ordures ménagères et des eaux vannes, etc. C'est un livre de vulgarisation, un guide abrégé et pratique de la construction hygiénique des maisons, qui sera utilement consulté par les médecins et les architectes.

VI. — Le travail de M. le Pr Proust constitue un document des plus importants et des plus instructifs sur la vaccine. On y trouvera de très intéressants tableaux statistiques relatifs à la France et à l'étranger. Le travail se termine par les conclusions suivantes : le comité, considérant que la vaccination et la revaccination sont les seuls moyens d'empêcher le développement de la variole ; que ces opérations ne présentent aucun danger lorsqu'elles sont pratiquées suivant les règles de l'art ; que non seulement elles ne sont pas dangereuses en temps d'épidémie de variole, mais qu'elles sont le seul moyen qui puisse arrêter les épidémies ; que la variole a presque complètement disparu des pays où la vaccination et la revaccination sont obligatoires et régulièrement pratiquées ; considérant enfin que nous possédons par le vaccin animal une source pure de vaccin donnant une sécurité absolue et pouvant satisfaire à toutes les éventualités, émet le vœu : qu'une loi rende obligatoires, en France, la vaccination et la revaccination.

VII. — Cette importante publication permet de constater les travaux les plus divers dont s'est occupé le Conseil d'hygiène publique ; on y trouvera réunis tous les documents relatifs à l'alimentation, aux maladies professionnelles, épidémiques et contagieuses, aux opérations consécutives, aux décès, aux travaux des commissions d'hygiène, aux causes générales d'insalubrité ; dans une deuxième partie sont exposées les industries relatives à l'emploi de matières animales, de matières minérales, de matières végétales. Ce livre constitue, en somme, un véritable dictionnaire d'hygiène.

VIII. — Ce livre comprend les conférences d'hygiène prophylactique faites à l'hôpital Cochin par l'auteur qui a cherché à montrer les voies nouvelles que la prophylaxie est appelée à suivre, grâce aux grandes découvertes des microorganismes pathogènes, des ptomaïnes et des leucomaïnes. La première leçon « sur les considérations générales sur la doctrine microbienne » permet au lecteur de lire avec fruit et grand intérêt les chapitres suivants relatifs à l'hygiène prophylactique proprement dite.

IX. — Depuis que l'hygiène a pris une importance et une extension considérables, chacune de ses branches a été l'objet de traités spéciaux, mais il n'existait pas de livre embrassant l'hygiène, dans son ensemble, avec tous les développements qu'elle comporte aujourd'hui ; un pareil ouvrage ne pouvait guère être rédigé par un seul homme, le sujet étant trop vaste et le terrain trop changeant. M. Rochard s'est adjoint un certain nombre d'habiles collaborateurs qui, par leur travail collectif et simultané, pourront, dans un temps assez court,

© ANM

représenter un tableau complet de l'hygiène contemporaine. Cette encyclopédie se compose de dix livres distribués de la façon suivante: hygiène générale, hygiène alimentaire, hygiène urbaine, hygiène rurale, hygiène hospitalière, hygiène industrielle, hygiène militaire, hygiène infantile et hygiène internationale.

Cette encyclopédie donnera aux médecins les connaissances qui leur sont indispensables pour s'acquitter de leurs fonctions, et servira de guide aux administrations et aux conseils d'hygiène.

X. — Le lecteur trouvera dans ce traité d'hygiène d'intéressants chapitres: l'auteur a principalement insisté sur les parties relatives à la médecine proprement dite, et l'hygiène prophylactique y tient une grande place.

XI. — Le livre de M. le Dr Lagrange intéressera les médecins, les pères de famille et les officiers. « L'exercice, comme tous les autres agents de l'hygiène, doit être soumis, dans son application, à des règles rationnelles, à un contrôle scientifique. Et le contrôle de la science ne donne pas toujours raison aux préceptes empiriques qui ont, jusqu'à nos jours, servi de base à l'éducation physique des enfants. » L'auteur a étudié avec grand soin les différentes indications de l'exercice, de la gymnastique, etc.

MARTHA.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel pratique de jurisprudence médicale; par MM. L. GUERRIER et L. ROTUREAU; avec préface et introduction par MM. H. ROGER et BROUARDEL.—Paris, Masson, éditeur, 1890,450 p.

Voici un livre dont tous, praticiens consommés ou étudiants inexpérimentés, nous ne saurions trop applaudir l'apparition, parce qu'il répond à un réel besoin, ainsi qu'en témoignent, du reste, les différends regrettables qui, dans ces dernières années notamment, se sont, à maintes reprises, élevés entre les médecins et la justice. Il faut bien l'avouer : ces différends tiennent souvent à ce qu'un grand nombre de médecins ignorent les obligations que la loi leur impose, et je n'en veux comme preuve que l'embarras où tous nous nous sommes maintes fois trouvés, lorsque l'occasion nous a mis en présence aussi bien de ces graves questions de responsabilité médicale, de secret professionnel par exemple, que de la rédaction du plus simple des certificats. Pour qu'un livre semblable, précisant la question des rapports des médecins avec la justice et dégageant nettement les droits et les devoirs des deux parties, nous fût utile à nous autres praticiens, il fallait qu'il fût conçu, qu'on me passe l'expression, par un habitué de la maison. Il fallait, d'une part, qu'on nous permît de nous reconnaître au milieu de ce dédale des articles du Code, et qu'on vînt nous dire clairement, simplement, sans recherche des minuties : Voici le privilège que la loi vous confère, voilà ce qu'elle vous refuse. Mais il fallait aussi que le légiste chargé de nous révéler cette loi eût connaissance de notre façon de vivre, de nos habitudes, de nos désirs, de notre esprit, qu'il connût les questions qui nous préoccupent, celles qui nous embarrassent, sous peine de se laisser tenter par un étalage de science inutile pour nous, de s'égarer dans des futilités et de donner à certaines questions, peut-être intéressantes en droit pur, une importance qu'elles ne comportent pas en médecine pratique ; ou, inversement, de négliger des questions qui intéressent au plus haut point le médecin, parce qu'elles se présentent chaque jour dans l'exercice de notre profession. Ces *desiderata* ont été réalisés : le livre que nous présentons aux lecteurs du *Progrès médical* est l'œuvre de M. L. Rotureau, un de nos plus jeunes et plus brillants avocats du barreau de Paris, fils du Dr Rotureau, le distingué collaborateur du *Dictionnaire encyclopédique*. M. Guerrier, avocat à la Cour d'Appel, conseil judiciaire de l'Association des médecins de France, est le collaborateur de M. L. Rotureau. Conçu sous de tels auspices et rédigé avec toute la compétence nécessaire, ce livre ne pouvait être que mené à bien, et, de fait, il sera pour nous tous un guide précieux où toutes les questions qui concernent nos droits et nos devoirs se trouvent clairement exposées, nettement précisées, savamment discutées.

L'ouvrage se divise en douze grands chapitres, dont il nou est malheureusement impossible de donner ici la complète analyse. Contentons-nous de signaler les chapitres de responsabilité, de secret professionnel, celui des fonctions confiées aux médecins, où l'on trouvera des aperçus très intéressants, ainsi que les règles qui doivent guider notre conduite. Mentionnons aussi les parties de l'ouvrage qui touchent à des questions pratiques : patente, privilèges, nouvelle législation militaire, ou brûlantes et d'actualité, comme les expertises médicales. Au moment où les Chambres vont être appelées à se prononcer sur la revision de la loi de ventôse qui régit encore la pratique de la médecine, on ne saurait trop recommander la lecture de ce chapitre, aussi bien aux législateurs qu'aux magistrats et aux médecins. Les questions de réquisition, de salaire des experts, auxquelles l'affaire récente des médecins de Rodez a donné un regain d'actualité, y sont parfaitement posées. A la fin du volume se trouve un repère aux recueils de jurisprudence, qui facilitera la tâche de tous ceux qui voudront étudier plus spécialement telle ou telle question.

Voilà, en quelques mots, l'esprit général de ce livre, écrit, je le répète, par deux hommes qui connaissent également bien les lois de notre profession. Il sera consulté avec fruit et il restera : ce n'est pas le moindre éloge qu'on puisse en faire.

CHRONIQUE HOSPITALIÈRE

L'Asepsie et l'Antisepsie à l'Hôpital Bichat. Service de Chirurgie de M. le Dr P. TERRIER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris (*suite*) ; par Marcel BAUDOUIN, ancien interne en chirurgie à l'hôpital Bichat (1).

IIe PARTIE

ASEPSIE ET ANTISEPSIE RÉGIONALES.

Après avoir montré les *conditions du milieu* dans lesquelles se trouve placé à l'hôpital Bichat l'opérateur ; après avoir indiqué comment on parvient à les maintenir telles et à obtenir des matériaux pour les opérations et les pansements absolument irréprochables au point de vue aseptique, il nous paraît intéressant de décrire aussi avec détails la façon dont il faut préparer le malade suivant les diverses opérations qu'on peut avoir à exécuter. A cette occasion, on verra que, pour chaque grande région du corps, il est nécessaire de prendre des précautions spéciales, généralement très minutieuses ; d'elles dépend souvent en grande partie le succès complet et rapide de l'intervention.

Ces précautions constituent ce qu'on a appelé l'*Antisepsie proprement dite, préopératoire, de la région malade.*

A ce point de vue, on peut dire qu'il n'y a guère aujourd'hui pour le chirurgien, si l'on excepte les *yeux* et les *oreilles*, domaines désormais passés aux mains d'opérateurs spéciaux, que quatre régions importantes, qu'il faut toujours désinfecter à fond avant d'y porter le bistouri. Ce sont : 1° la *peau* ; 2° le *tube digestif* ; 3° les *voies génitales de la femme* ; 4° les *voies urinaires.*

Ces différents points du corps sont constamment habités par de nombreux microorganismes chez l'homme sain ; *a fortiori*, quand ils sont le siège d'une lésion ulcérée quelconque, ouvrant une large porte à l'infection, peuvent-ils être infestés par une grande quantité de germes pathogènes. Ce sont ces microbes dangereux qu'il s'agit de détruire à l'aide de moyens appropriés. Comme toutes les régions que nous venons de citer sont loin de présenter la même constitution anatomique ; comme elles subissent de ce fait l'action des agents antiseptiques dits chimiques de manières fort variées, on a dû chercher quels sont ceux de ces agents qui conviennent le mieux à telle ou telle de ces régions. De là est née la notion de l'*Antisepsie régionale* et partant l'usage des dénominations suivantes :

1° *Antisepsie cutanée* (membres, cou, thorax, abdomen).

2° *Antisepsie oculaire* (paupières, conjonctive, globe de l'œil).

(1) Voir *Progrès médical*, nos 5, 7, 9, 35, 37 et 39, 1890.

© ANM

3° *Antisepsie du tube digestif*, qui comprend l'Antisepsie *buccale*, l'Antisepsie *intestinale* et l'Antisepsie *rectale*.

4° *Antisepsie vagino-utérine* (vulve, vagin, utérus).

5° *Antisepsie des voies urinaires* (urèthre, vessie, reins).

Nous voudrions, dans ces courtes notes, montrer comment aujourd'hui on réalise chez M. Terrier les désiderata relatifs à la désinfection de ces quatre grandes régions du corps et comment on dirige une intervention dans chacune d'elle, pour ne pas souiller, pendant l'opération et les jours qui suivent, la région qu'on a eu tant de peine à désinfecter.

A. — *Antisepsie cutanée.*

I. — *Antisepsie préopératoire.* — On conçoit facilement que le *traitement antiseptique préopératoire de la surface cutanée* varie un peu suivant la région qu'elle recouvre (membres, thorax, abdomen, paupières, etc.); toutefois la différence capitale réside plutôt ailleurs. Elle consiste dans la notion suivante : l'*infection* ou la *non-infection* préalable de cette surface cutanée.

a) Peau non infectée. — Il est plus commode et plus pratique, pour toute description générale, de prendre un exemple. Supposons donc qu'il s'agisse d'abord d'une personne non infectée et qu'il soit nécessaire de pratiquer sur elle, je suppose, une laparotomie (désinfection de la *peau de l'abdomen*).

1° La première précaution à recommander, ce sont les *grands bains*. On peut se contenter d'un bain ordinaire, c'est-à-dire d'eau simple; mais les grands bains antiseptiques (sublimé) peuvent parfois être indiqués.

La malade est envoyée plusieurs fois aux bains pendant les 8 jours qui précèdent l'opération. S'il s'agit d'une femme, il va de soi qu'elle doit prendre des injections vaginales au sublimé à 1/2 millième pendant fort longtemps, de 15 jours à un mois auparavant.

2° Après le dernier bain, la partie de la peau recouverte de poils est *rasée* 2 ou 3 jours avant l'intervention et lavée avec le plus grand soin. On a l'habitude de raser largement, d'abattre tous les poils qui pourraient gêner pendant l'opération, en se servant de vaseline boriquée le plus souvent.

3° Le *lavage du champ opératoire* est fait très soigneusement, avec du savon d'abord, puis à l'éther ou l'alcool, enfin à la solution d'acide phénique ou de sublimé.

4° Des compresses de gaze, imprégnées de solution boriquée, sont appliquées ensuite sur tout le champ opératoire, recouvertes d'un taffetas gommé, assez large, et fixées par une bande de tarlatane imprégnée de solution boriquée. Le sublimé vaudrait certes mieux, mais trop souvent et plus particulièrement dans certaines régions (scrotum, cou, abdomen et ombilic chez les femmes grasses) il détermine de l'érythème. Ce *pansement antiseptique préopératoire* reste 2 ou 3 jours en place, qu'il s'agisse d'une laparotomie exploratrice ou d'extirpation de tumeurs intra-abdominales, etc.; de cure radicale de hernies non étranglées ou d'hydrocèle; c'est-à-dire, en somme, lors d'opérations sur des individus non infectés.

On recommande au malade qui va être opéré de ne pas défaire ce pansement et de ne pas s'exposer à une infection quelconque après ce nettoyage soigné.

Dans un grand nombre de laparotomies, il faut avoir soin, en même temps qu'on assure l'asepsie de la paroi abdominale, de désinfecter le tube digestif, car, au cours de l'opération on peut être forcé de rompre l'intestin (intestin grêle ou rectum), comme cela s'observe trop souvent encore dans les salpingo-oophorectomies pour pyosalpingites compliquées. Cette désinfection du tube digestif se fait à l'aide du Naphtol β, administré à l'intérieur plusieurs jours avant l'opération, comme nous le verrons bientôt, quand nous dirons un mot des précautions à prendre pour assurer l'antisepsie intestinale et celle du rectum en particulier.

Sur les membres, au cou, des précautions analogues sont prises, de même que pour le thorax.

Quand il s'agit de la face chez l'homme et du cuir chevelu, il ne faut pas hésiter à *raser* très largement ; ce que la plupart des chirurgiens craignent de faire, sans que nous nous rendions bien compte des raisons qui les engagent à ne pas sacrifier la barbe ou les cheveux qui gênent.

On soignera tout particulièrement la désinfection de ces régions pourvus de poils, receptacles habituels d'une foule de détritus qui s'accumulent au milieu des débris épithéliaux qui entourent si souvent la racine de ces poils. On fera une antisepsie préopératoire complète à l'aide de lavages énergiques, sinon répétés.

La région bien nettoyée, pour la maintenir propre jusqu'au moment même de l'opération, on la protègera par un pansement à l'acide borique, moins irritant. Les solutions antiseptiques puissantes ne doivent rester en contact longtemps avec une peau aussi délicate que celle de la face ; et, d'ailleurs, les muqueuses voisines, si l'antiseptique demeurait longtemps appliqué sur la surface muquo-cutanée qui limite les orifices naturels, pourraient être des lieux d'absorption trop intense, et le pansement préventif deviendrait le point de départ d'accidents sérieux.

b) Peau infectée. — S'agit-il au contraire d'extirper une certaine étendue de peau malade et infectée : par exemple un cancer du sein ulcéré depuis longtemps, un abcès tuberculeux ouvert et resté fistuleux, siégeant sur un membre ?

Après une première désinfection avec des solutions antiseptiques énergiques (sublimé, acide phénique), on peut appliquer, pendant 5 ou 8 jours au moins avant l'intervention, un pansement à la gaze iodoformée qui possède cependant une action microbicide moins énergique.

Pendant toute la durée de l'opération par laquelle on enlève cette ulcération, la principale préoccupation du chirurgien devra être de ne pas infecter, avec les doigts ou les instruments en contact avec cette plaie végétante et sanieuse, la plaie opératoire qui la circonscrit et qui, elle, doit rester, autant que possible, indemne de toute contamination.

Les plaies franchement infectées sont les seules qui doivent être *désinfectées*, soit avec du sublimé, soit avec la solution phéniquée forte, soit même avec la solution de chlorure de zinc, avant d'être suturées. Elles seront toujours *drainées* et pansées avec des matériaux imprégnés de substances antiseptiques actives (iodoforme, sublimé, etc.).

M. Terrier est toujours très sobre de *lavages*, même pour ces plaies infectées; il ne les pratique que rarement dans les cas de vastes poches purulentes qui se vident mal. Il les rejette complètement dans les plaies aseptiques, parce qu'ils seraient non seulement inutiles, mais dangereux en multipliant les chances d'infection par les irrigateurs ou l'eau. Il ne les emploie que dans les cas de suppurations de mauvaise nature et encore avec une grande modération. En effet, s'ils ne sont pas fait avec des substances très actives, ils ne servent presque à rien; d'autre part, si les solutions employées ont une grande puissance antiseptique, il est superflu d'user de grandes quantités de liquide, comme on le fait souvent dans certains services allemands.

M. Terrier ne se sert plus en général d'appareils compliqués pour ces lavages de poches suppurantes. Il emploie simplement un entonnoir, muni d'un long tube de caoutchouc pourvu à son extrémité libre d'une petite canule en verre, sorte de compte-gouttes, qui ne sert qu'à un malade. Dans l'intervalle des lavages, cette petite canule est placée dans un vase contenant une solution de sublimé.

Quand il s'agit d'autres lavages, par exemple de lavages vaginaux avant ou pendant une opération de petite gynécologie, M. Terrier utilise désormais le *laveur Wasseige*, plus pratique dans ces cas que le simple bock, — qui ne fournit pas de l'eau à une pression suffisante, — mais nécessite un nettoyage plus difficile. De même, à l'extrémité du tube de sortie de ce laveur, on ajoute une canule qui ne sert qu'à une malade ou qui est désinfectée avant d'être employée à nouveau.

M. Terrier a proscrit de son service, d'une façon absolue, les divers modèles de *seringue*. M. Guyon pourtant a fait construire par M. Collin une seringue qui pourrait ne pas s'infecter. Nous pensons qu'on peut très bien se passer de

© ANM

seringues dans la plupart des opérations, si elles paraissent indispensables pour la chirurgie vésicale.

II. — *Asepsie et antisepsie pendant et après l'opération.* — En ce qui concerne l'antisepsie cutanée, nous ne dirons rien ici des précautions à prendre *pendant l'opération*, ni de la façon dont les pansements doivent être faits pour empêcher la plaie de s'infecter ultérieurement (*antisepsie post-opératoire*). Nous ne ferions que répéter ce que nous avons décrit à propos de l'asepsie pendant les opérations en général, et c'est là une question trop ressassée pour que nous y insistions davantage. (*A suivre*).

VARIA

63e Congrès des Naturalistes et Médecins allemands à Brême (1890).

Le 63e Congrès des Naturalistes et Médecins allemands qui s'est tenu cette année, le mois dernier (milieu de septembre), à Brême, s'est ressenti considérablement du Congrès de Berlin. Un très petit nombre de médecins y ont assisté. Ce Congrès a eu surtout un caractère local, en raison précisément de ce qui avait eu lieu à Berlin au commencement du mois d'août. On a compté seulement 1,250 congressistes et 500 dames.

La plupart des séances générales ont été réservées à des sujets du domaine des sciences naturelles. Un seul orateur a traité une question médicale, M. le Dr Rode, de Norderney, station maritime des environs de Brême. La section de médecine a visité l'hospice de Norderney, destiné à recevoir des tuberculeux et des scrofuleux, placé sous la direction de M. le Dr Rode. L'hospice est placé dans une dépression située au milieu des dunes. La conférence de ce médecin portait sur la *valeur des sanatoria maritimes pour le traitement de la scrofule et de la phtisie au début.*

En chimie, à signaler les conférences de M. Hoffmann (Berlin), de M. le Pr Rosenthal, physiologiste à Erlangen (*Influence de Lavoisier sur la physiologie*); de M. Winckler (Freyberg), qui a découvert un élément chimique nouveau, le *Germanium*; enfin de M. Ostwald sur les *propriétés électriques des atomes*, question tout à fait nouvelle et pleine d'avenir, d'après l'orateur. A citer encore quelques communications de M. Franzius (Brême), sur les *mouvements de la mer d'Héligoland à Brême*; de M. Engler (Carlsruhe) sur la *fabrication du pétrole*; de M. Chun, sur les *animaux qui vivent au fond de la mer*. Ce naturaliste a engagé ses confrères à entreprendre des expéditions maritimes pour étudier ces animaux. Enfin M. Warburg (Hambourg) a parlé sur la *distribution géographique des plantes dans l'Asie occidentale.*

La section de médecine n'a pas été brillante; la section d'ophtalmologie n'a même pas pu tenir de séances, faute de combattants. On avait usé son rouleau à Berlin. M. B.

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'Internat et de l'Externat.*

Concours de l'Internat. — Les noms des membres du Jury tirés pour le concours de l'internat sont : MM. Bergeron, Netter, Péan, Budin, Hayem, Cruveilhier, Anger; mais il est fort probable que peu d'entre eux accepteront.

Concours de l'Externat. — Voici les noms des juges du prochain concours de l'externat, sauf modifications ultérieures: MM. Siredey, Babinski, Variot, Charrin, Poirier, Chaput, Walther.

Le Choléra.

Le Choléra en Espagne. — Dans la journée du 25, 81 cas de choléra et 46 décès ont été constatés en Espagne, dans les provinces d'Albacète, Alicante, Cuenca, Castellon, Tarragone, Tolède et Valence. Il y a eu 57 cas de choléra et 40 décès le 26 septembre dans les mêmes provinces où le 27 septembre on a constaté 50 cas et 24 décès. Le 29, on a noté encore 41 cas de choléra et 21 décès; et le 30 octobre, dans les mêmes provinces d'Albacète, de Castellon, de Cuenca, de Tarragone, de Tolède et de Valence, 40 cas et 26 décès. Quelques cas douteux sont signalés à Séville où des précautions sont prises pour empêcher l'épidémie de se développer.

Le Choléra en Egypte. — Des dépêches de Massaouah annoncent qu'une cinquantaine de militaires italiens ont été frappés par le choléra. Un paquebot est parti de Naples avec des provisions et 20 médecins militaires. Tout commerce avec les colonies italiennes de la mer Rouge est suspendu. — Cependant, ces jours-ci, on annonce qu'il y a un mieux notable.

Le Choléra en Syrie. — Par suite de l'apparition du choléra à Alep, le gouvernement autrichien a imposé une quarantaine de 7 jours aux navires venant du golfe d'Alexandrette; le gouvernement grec a aussi imposé une quarantaine de 12 jours aux navires venant du même point.

Hygiène des pays inondés.

Le ministre de l'intérieur vient de faire parvenir aux préfets des départements où se sont produites des inondations cette année, des instructions adoptées par le Comité consultatif d'Hygiène publique de France sur les mesures à prendre pour l'assainissement des localités inondées.

Dans la lettre qui accompagnait ces instructions, M. le Directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques s'exprime ainsi :

« Je vous prie de faire remettre ces instructions aux maires et aux médecins des communes intéressées, aux médecins des épidémies et aux membres des conseils d'hygiène. L'application des mesures qui y sont recommandées s'impose dans l'intérêt de la santé publique; il importe de mettre les populations, déjà si éprouvées par l'inondation, à l'abri des épidémies qui pourraient en être la conséquence, particulièrement à un moment où la France se trouve menacée par le choléra qui sévit en Espagne et en Orient. C'est à vous, Monsieur le préfet, qu'il appartient d'appeler sur ce point toute l'attention des municipalités, d'inviter les conseils d'hygiène à intervenir et de provoquer en un mot, partout où le besoin s'en ferait sentir, l'exécution des prescriptions contenues dans les instructions ci-annexées. »

Assainissement de Marseille.

D'après le *Petit Marseillais*, le Conseil municipal de Marseille est décidé à entreprendre l'assainissement de cette ville. Tous nos compliments pour une aussi bonne intention. Pour achever le réseau des égouts et construire un grand collecteur émissaire, il faudrait 35 millions. Ce qui rend possible cette entreprise, c'est la construction du canal de Marseille qui amène dans la capitale du midi une quantité d'eau telle qu'aucune autre ville, y compris Paris, n'est aussi abondamment pourvue. Malheureusement, d'après M. le Dr Rietsch, professeur à l'Ecole de médecine, cette eau, très pure à son entrée dans le territoire marseillais, est polluée d'une façon vraiment étonnante par son passage, à canal ouvert, au milieu d'usines de toutes sortes. Le seul remède à cet état de choses serait d'établir une canalisation spéciale pour les eaux d'alimentation à l'entrée du canal dans le territoire de Marseille. Il exigera 8 millions.

L'origine des hôpitaux.

The Lancet du 31 mai contient un résumé archéologique des plus récentes découvertes et recherches touchant les premières institutions qui ont été fondées en vue de soigner et de guérir les malades (Med. News).

Des hôpitaux existaient dans l'Inde dès le Ve siècle avant J.-C. Dans l'île de Ceylan, selon le rapport d'un orientaliste anglais, Turnour, le roi Pandukabhayo établit un hôpital dans son palais, et un de ses successeurs, le roi Dutthagamini, au IIe siècle avant J.-C., en établit 18 autres dans différentes localités; chacun d'eux fut pourvu d'un personnel médical et des remèdes en usage à cette époque. Le roi bouddhiste Asoka, ainsi que l'a démontré le Dr Bühler, avait, vers l'an 250 avant J.-C., des hôpitaux à la fois pour hommes et pour animaux.— Il y a indubitablement beaucoup d'autres fondateurs d'hôpitaux dont les noms ont été oubliés.

Curieuse réclame de Charlatan.

La réclame dont nous reproduisons le texte présente : à gauche, l'image d'une jeune mariée et à droite celle d'une jeune mère qui allaite; au-dessus des têtes, la lune en son plein et la lune en son premier quartier entourée d'étoiles. Cette réclame paraît dater du commencement de ce siècle. Sur une banderolle, on lit :

« Rien n'est l'effet du hazard dans la nature, tout a ses causes. »

Puis au-dessous :

« Le Sr Du Mont Plainchant, résidant à Decize, arrondissement de Nevers, département de la Nièvre, pratique un bracelet qui, par ses soins, produit des moyens contre la stérilité des femmes; il reçoit et répond très exactement avec célérité et discrétion aux lettres qui lui sont adressées franches de port.

« Le sieur Du Mont Plainchant, d'après environ 40 ans d'observations et d'expériences faites sur une multitude d'individus est à même d'annoncer : 1° à une femme enceinte pour la première

© ANM

fois, si elle se rappelle du jour qu'elle a conçu, de quel sexe elle accouchera prochainement, pourvu que l'on donne la date certaine du dernier accouchement. 2° Si quelque personne traitait de pusillanime cette annonce et que cependant il fut curieux d'en savoir la vérité, l'on peut faire usage de nom emprunté ; par exemple, que l'on dise que Mme Valérie a accouché le 14 juin 1821, zéro heure 50 minutes du matin, je réponds : Mme Valérie au prochain accouchement fera une fille ; il se trouve dans beaucoup de mairies des accouchements à cette date, on peut s'assurer que ce que je dis est vrai. 3° Enfin, il peut donner des moyens pour qu'une femme accouche du sexe qu'elle désirera si avant d'employer les moyens qu'on lui indiquera elle n'a jamais eu d'enfants, ni fausses couches, ni qu'elle ne soit enceinte. Observe qu'il ne peut être répondu aux demandes que l'on fera soit verbales, soit par écrit, des trois derniers objets, que dans l'espace de 48 heures de la réception de la demande, ce temps étant nécessaire aux calculs exigés ; pourquoi on ne peut demander une indemnité moindre de 3 fr. pour les verbales et 5 fr. pour celles écrites. Le tout franco de port. »

Les saucissons dits de « Boulogne ».

M. Thomas, directeur et inspecteur sanitaire de l'abattoir de Mons (Belgique), chargé à plusieurs reprises par le parquet de Mons de faire une enquête dans plusieurs clos d'équarrissage, a constaté que ces établissements étaient doublés d'une fabrique de saucissons de «Boulogne ». Il s'est assuré que tous les animaux morts de n'importe quelle maladie servaient à la préparation de ce dangereux aliment. Depuis longtemps cette fabrication clandestine de charcuterie malsaine a été signalée et poursuivie en France ; de grandes quantités de saucissons faits avec des viandes d'animaux morts de maladie sont saisies chaque jour pour ainsi dire aux Halles de Paris. Le danger est d'autant plus grand que les chairs de ces animaux dépecés dans les chantiers d'équarrissage sont souvent crues ou à peine cuites. La jurisprudence sanitaire rend difficile dans tous les pays la surveillance à ce point de vue des ateliers d'équarrissage ; il est à craindre que beaucoup de maisons, qui ont la prétention d'être qualifiées de bonnes, se laissent entraîner par le bon marché à acheter pour les revendre de ces produits au titre alléchant : saucisson de Bologne ou de Boulogne. On n'y regarde pas de si près. De tout temps, beaucoup de personnes se sont méfiées de la charcuterie qui n'était pas fabriquée à la maison ou sous leurs yeux. Plus que jamais cette méfiance est justifiée, et, si l'on n'y prend garde, voilà bientôt une industrie française qui va être compromise par la mauvaise foi et l'impudence d'industriels de bas étage. (*Revue d'Hygiène*, n° 9).

Hommage à M. le professeur Kojewnixoff.

Le 4 juin dernier, à l'occasion du 25e anniversaire de doctorat de M. le Dr Kojewnixoff, professeur des maladies nerveuses et mentales à l'Université de Moscou, ses élèves lui ont fait hommage d'un recueil de travaux sur la neuro-pathologie et la psychiatrie. Voici les titres de ces mémoires :

W. Serbsky : Les formes des maladies mentales décrites sous le nom de katatomie ; — L. Darkschewitch : La paralysie récurrente du nerf oculo-moteur ; — A. Egoroff : Un cas de syringomyélie ; — S. Kirilzeff et A. Mamourowsky : Contribution à l'étude de la paralysie aiguë ascendante de Landry ; — A. Korniloff : Arthropathia tabidorum et ses rapports avec la syphilis ; — S. Korsakoff : Contribution à la symptomatologie des psychoses polyneuritiques consécutives au typhus ; — S. Korsakoff et W. Serbsky : Un cas de psychose polyneuritique avec autopsie ; — Z. Minor : L'hématomyélie centrale ; — A. Oseretynawsky : Etude sur la surdité hystérique ; — W. Mouratoff : Un cas de polyneurite avec autopsie ; — P. Préobrajensky : Poliomyélitis anterior acuta adultorum ; — M. Zounty et A. Mamourowsky : Un cas de paralysie ascendante aiguë d'origine alcoolique ; — G. Rossolimo : Ophtalmoplegia externa polyneuritica ; — W. Roth : Contribution à l'étude du diagnostic de la syringomyélie ; — A. Fokarsky : Meriatcheuye et la maladie des tics convulsifs ; — S. Ouspensky : Un cas de démence paralytique d'origine alcoolique ; — N. Bajenoff : Quatre ans et demi d'activité psychiatrique dans la province de Riasan ; — W. Roth et W. Mouratoff ; Contribution à la pathologie de l'encéphale ; — N. Schataloff : Contribution au diagnostic des paralysies toxiques.

Congrès international de médecine de Berlin. — Les comptes rendus formeront un gros volume qui sera publié par fascicules. Le premier paraîtra probablement vers la fin d'octobre. — On nous affirme que le secrétaire général du Congrès, M. Lassar, n'a pas été obligé de quitter Berlin pour les raisons qui ont été mises en avant par plusieurs journaux médicaux.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 21 sept. 1890 au samedi 27 sept. 1890, les naissances ont été au nombre de 882 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 388 ; illégitimes, 101, Total, 439. — *Sexe féminin :* légitimes, 325 ; illégitimes, 118, Total, 443.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 21 sept. 1890 au samedi 27 sept. 1890, les décès ont été au nombre de 799 savoir : 406 hommes et 393 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 9, F. 7, T. 16. — Variole : M. 2, F. 2, T. 4. — Rougeole : M. 7, F. 6, T. 13. — Scarlatine : M. 0, F. 1, T. 1. — Coqueluche : M. 5, F. 2, T. 7. — Diphthérie, Croup : M. 9, F. 9, T. 18. — Choléra : M. 00, F. 00, T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 89, F. 77, T. 166. — Autres tuberculoses : M. 20, F. 10, T. 30. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 2, T. 2. — Tumeurs malignes : M. 11, F. 27, T. 38. — Méningite simple : M. 7, F. 8, T. 15. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 14, F. 16, T. 30. — Paralysie : M. 1, F. 4, T. 5. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 1, T. 5. — Maladies organiques du cœur : M. 21, F. 22, T. 43. — Bronchite aiguë : M. 6, F. 7, T. 13. — Bronchite chronique : M. 10, F. 12, T. 22. — Broncho-Pneumonie : M. 9, F. 8, T. 17. — Pneumonie : M., 13 F. 18, T. 31. — Gastro-entérite, biberon, M. 41, F. 36, T. 77. — Gastro-entérite, sein : M. 11, F. 9, T. 20. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 2, F. 4, T. 6. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 4, T. 4. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale : M. 11, F. 7, T. 18 — Sénilité : M. 8, F. 21, T. 29. — Suicides : M. 8, F. 2, T. 10. — Autres morts violentes : M. 11. F. 3, T. 14. — Autres causes de mort : M. 74, F. 64, T. 138. — Causes restées inconnues : M. 3, F. 3, T. 6.

Mort-nés et morts avant leur inscription: 78, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 28, illégitimes, 18. Total : 46. — *Sexe féminin :* légitimes, 22 ; illégitimes, 10 Total : 32.

Ecole municipale d'Infirmières de la Salpêtrière. — Directeur de l'Enseignement : M. le Dr Bourneville. L'Ecole municipale d'infirmières de la Salpêtrière ouvrira ses cours professionnels le *mercredi 8 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. — Eléments de physiologie : M. A. Pilliet. — Pansements : M. le Dr Poirier. — Soins à donner aux femmes en couches et aux nouveau-nés : M. le Dr Maygrier. — Hygiène : M. le Dr Féré. — Petite pharmacie : M. Yvon. — Les dames qui veulent suivre les cours professionnels de l'Ecole 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.

Ecoles annexes du service de santé de la marine. — Sont nommés : *Ecole de Brest :* M. le Dr Duchateau, comme professeur de *pathologie exotique et d'hygiène navale* ; M. le Dr Bodet, comme professeur de *chirurgie militaire et navale* ; M. le Dr Brediam, comme professeur d'*anatomie*.

Ecole de Rochefort : M. le Dr Bourru, comme professeur de *pathologie exotique et d'hygiène navale* ; M. le Dr Fontorbe, comme professeur de *chirurgie militaire et navale* ; M. le Dr Burot (*anatomie*) ; M. le Dr Abelin (*petite chirurgie*).

Ecole de Toulon : M. le Dr Galliot (*pathologie exotique et hygiène navale*) ; M. le Dr Rouvier (*chirurgie militaire et navale*) ; M. le Dr Fontan (*anatomie*) ; M. le Dr F. Bertrand (*petite chirurgie*).

Congrès de sages-femmes a Berlin. — Un de nos correspondants d'Allemagne nous informe que ces jours-ci s'est tenu à Berlin le premier congrès des sages-femmes de la Prusse. A ce congrès assistaient plus de 500 personnes. — Jamais en France il n'y a eu, croyons-nous, pareille assemblée. Nous sommes convaincu que des réunions de ce genre seraient pourtant très utiles en France, où l'on serait bien aise d'avoir sous la main des sages-femmes qui connaîtraient un peu mieux leur métier et les règles de la propreté la plus élémentaire. On ne se doute pas combien de métrites postpuerpérales sont dues à leur ignorance et à leur incurie, surtout à la campagne. On devrait bien les engager à venir passer quelques jours à Paris pour se retremper un peu dans les services où elles ont été jadis plus ou moins instruites.

Délivrance des antiseptiques aux sages-femmes. — Le préfet de police vient d'adresser aux maires et commissaires de police du ressort de la préfecture de police une circulaire pour les informer qu'en vertu d'un décret du 9 juillet 1890 les pharmaciens sont autorisés à délivrer du sublimé corrosif sur la prescription

© ANM

d'une sage-femme diplômée. Dans le même but, le ministre de l'intérieur a envoyé le 10 septembre dernier à tous les préfets une circulaire pour leur faire une notification semblable.

Epidémies. — *La fièvre typhoïde à Saintes.* — Une épidémie de fièvre typhoïde règne depuis 2 mois à Saintes ; elle a commencé à frapper le 8e régiment d'infanterie de marine. On accuse l'eau qui alimente la ville ; elle aurait été souillée par les crues de la Charente.

La fièvre typhoïde à Trouville. — M. Brouardel a communiqué lundi dernier au comité directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques le résultat des démarches auxquelles il s'est déjà livré avec M. Thoinot pour rechercher l'origine des cas de fièvre typhoïde qui se sont produits à Trouville. Après avoir entendu M. Brouardel, le comité a décidé que la note suivante serait communiquée aux journaux : Les cas de fièvre typhoïde qui se sont produits à Trouville à la fin d'août et au commencement de septembre se sont plus particulièrement montrés dans certains quartiers; depuis quelques jours il n'y en a pas de nouveaux. L'enquête nécessitant des analyses d'eau et la visite de toutes les maisons contaminées, il ne sera possible de donner des conclusions sérieuses que dans trois ou quatre semaines.

La fièvre typhoïde à Nancy. — Une importante épidémie de fièvre typhoïde, dont l'origine est attribuée à la mauvaise qualité de la viande, s'est déclarée dans un bataillon de chasseurs caserné à Saint-Nicolas-du-Port, près Nancy. Plus de cent hommes ont été atteints. Nous n'avons pas besoin d'insister sur ce qu'a de douloureux un pareil événement. S'il se produisait pour la première fois, nous en pourrions peut-être chercher la cause dans un accident fortuit qui échappe à toute prévision et que la vigilance la plus attentive ne parvient pas toujours à écarter ; mais on sait, et plusieurs procès retentissants l'attestent, que le cas est loin d'être exceptionnel. Une enquête est ouverte ; mais il ne suffit pas cette fois de découvrir les coupables et de les punir. On en a puni d'autres qui n'en ont pas moins trouvé des imitateurs. Il faut entourer les opérations desquelles dépendent la santé et la vie de nos soldats de telles précautions, que ces empoisonnements, qui menacent de devenir périodiques, soient désormais rendus impossibles.

Influenza en France. — L'influenza vient de faire sa réapparition à Nîmes. Parmi les premières victimes, on cite M. Ladrat, secrétaire général de la préfecture du Gard.

Laboratoire de biologie végétale (*Forêt de Fontainebleau*). — Le laboratoire de biologie végétale, qui a été récemment installé à Fontainebleau et dont nous avons déjà parlé, a reçu la visite de M. Carnot. M. le président de la République a pu se rendre compte des ressources que présente cette nouvelle station scientifique dirigée par M. Gaston Bonnier, professeur à la Sorbonne.

L'Université de Grenoble. — Le recteur de l'Académie a remis à M. Bourgeois, en visite à Grenoble, le dossier renfermant tout ce qui peut militer en faveur de la transformation des Facultés de Grenoble en université. Le ministre a dit : « J'ai voulu, passant si près de vous, vous rendre le sympathique hommage dû à vos travaux. Le grand maître de l'Université peut vous assurer qu'il n'est pas l'ennemi des Facultés de Grenoble et qu'il désire vivement, au contraire, les voir se maintenir et prospérer. Nous examinerons ce qui peut être fait pour les villes qui n'ont pas quatre Facultés ; mais, soyez assurés que je ne laisserai passer dans les dispositions définitives de mon projet rien qui puisse atténuer l'éclat des grands foyers universitaires et particulièrement des Facultés de Grenoble. » Le ministre a annoncé ensuite que, pour répondre à un vœu unanime, il conférait à M. Raoult, doyen de la Faculté des sciences, la croix de chevalier de la Légion d'honneur.

Missions scientifiques. — M. Cuvillier, interne des hôpitaux, est chargé d'une mission en Autriche-Hongrie, pour y étudier l'organisation des services hospitaliers, au point de vue du traitement des maladies du larynx et des oreilles.

Plâtrage des vins. — A la suite d'une réunion du comité de direction des services de l'hygiène et sur ses propositions, le ministre de la justice vient d'envoyer une circulaire nouvelle aux procureurs généraux sur le plâtrage des vins, leur prescrivant de tenir comme non avenue une circulaire précédente du 23 août. On sait que cette circulaire invitait les procureurs généraux à ajourner à un an l'exécution des instructions du 29 juillet 1889 et du 27 août 1886, tolérant provisoirement le plâtrage au-dessus de 2 0/0. Le comité de direction des services de l'hygiène ayant émis l'avis qu'un plâtrage supérieur à 2 0/0 était nuisible à la santé publique, la récolte de 1890 sera soumise aux instructions de 1880 à 1886.

Université de Lyon. — *Laboratoire maritime de Physiologie générale.* — On sait que la Faculté des sciences de Lyon a reçu un legs pour la création d'un laboratoire aux bords de la Méditerranée. Ce laboratoire a reçu de nouvelles dotations. La commune de la Seyne vient de voter en effet une subvention de 15,000 francs pour concourir à la construction et à l'établissement du laboratoire. Le conseil général du Var a également ouvert à M. le Pr Raph. Dubois un crédit de 8,000 francs. L'installation, organisée provisoirement dans une villa obligeamment prêtée par M. Michel-Pacha, pourra donc sous peu se faire définitivement dans des locaux spécialement construits pour le laboratoire.

Nécrologie. — M. le Dr Michon (Marseille). — M. le Dr Astaix, professeur honoraire à l'Ecole de médecine de Limoges. — M. le Dr Lecadre (Le Havre). — M. le Dr Douglas, ex-professeur à l'Université de Michigan.

Phthisie, Bronchites chroniques. —Emulsion Marchais.

Phthisie. Vin de Bayard à la peptone phosphatée, le plus puissant reconstituant de la thérapeutique. Une à deux cuillerées par repas.

Peptonate de fer Robin. — 10 à 20 gouttes par repas. (Chloro-Anémie).

Précieuse. Source de **VALS**, très efficace contre les affections du **Foie** et de la **Vessie**. (Calculs, Gravelle, Diabète, Goutte, etc.) *Prescrite par les Médecins des Hôpitaux de Paris.*

Albuminate de fer soluble (Liqueur de Laprade) le plus assimilable des ferrugineux (Pr Gubler). Une cuillerée à chaque repas. Chlorose et troubles de la menstruation, c'est le fer gynécologique par excellence.

Dyspepsie. — Vin de Chassaing. —*Pepsine.* — *Diastase.*

LA BOURBOULE — Anémie — Enfants débiles, voies respiratoires — Maladies de la peau, rhumatismes — Diabète

Petite correspondance.

Nous prions nos confrères de la presse américaine de bien vouloir donner des ordres pour que les journaux qu'ils nous adressent soient bien affranchis. Presque chaque semaine nous avons à payer une surtaxe que nous les prions de nous éviter.

Avis à nos lecteurs.

Nous rappelons à nos lecteurs, à nos abonnés et à nos collaborateurs que tout ce qui concerne la rédaction (livres, journaux, manuscrits, communications, etc.) *doit être adressé au Rédacteur en chef, et tout ce qui concerne l'Administration* (abonnements, librairie, annonces, changements d'adresse, mandats) *à M. Hippolyte Durand.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès Médical.

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'Epilepsie, l'Hystérie et l'Idiotie (*Compte rendu du Service des Enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pendant l'année* 1889), par Bourneville, Sollier et Pilliet. Un volume in-8° de LVI-188 pages. — Prix . . . . . 5 fr.

Librairie G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

Comminge (O.). — Recherches sur les maladies vénériennes à Paris dans leurs rapports avec la prostitution clandestine et la prostitution réglementaire de 1878 à 1887. Brochure in-8° de 52 pages.

Lopez de Villalobos. — Sur les contagieuses et maudites bubas (Histoire et Médecine, Salamanque, 1498). Traduction et commentaires, par le Dr E. Lanquetin. Un volume in-18 de 163 pages.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

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

© ANM

1e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XII. N° 41. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 11 OCTOBRE 1890.

259

Le Progrès Médical

CLINIQUE NERVEUSE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. **J.-M. CHARCOT.**

L'œdème bleu des hystériques ;

Leçon recueillie par **Georges GUINON**, chef de clinique.

SOMMAIRE. — L'œdème considéré comme trouble trophique hystérique. L'œdème blanc est décrit par Sydenham. L'œdème bleu est encore à peu près inconnu aujourd'hui Premières observations de M. le professeur Charcot, travaux récents sur cette question. Description de deux cas d'œdème bleu de la main combiné à une contracture hystérique du poignet et des doigts, chez une jeune fille de 22 ans, et chez un homme de 46 ans. Analogie de ces deux cas. Caractère du gonflement, où la pression du doigt ne laisse pas d'empreinte : œdème dur, coloration violacée, bleue, quelquefois presque noire, de la peau. Refroidissement notable des parties atteintes. Evolution de ce symptôme parallèlement à l'accident hystérique (paralysie, contracture) qu'il accompagne d'ordinaire. Expériences sur une grande hypnotique chez laquelle on produit à volonté, par suggestion somnambulique, un œdème bleu absolument identique à celui des malades précédents. A propos du traitement, considérations sur le danger des appareils inamovibles dans la thérapeutique des accidents d'hystérie locale.

Messieurs,

La leçon d'aujourd'hui aura trait à un phénomène de l'hystérie encore peu connu, que j'ai observé un certain nombre de fois et que j'ai pris l'habitude d'appeler l'*œdème bleu des hystériques*. Vous n'ignorez pas que Sydenham, avec cette faculté géniale d'observation qui fait de lui un de nos plus grands maîtres, a le premier appelé l'attention, dans sa description si remarquable, bien que condensée en quelques mots, de l'hystérie, sur une espèce de tuméfaction, d'enflure, qui est quelquefois causée par la névrose en question.

« L'affection hystérique, dit-il (1), ne s'en prend pas seulement à presque toutes les parties internes ; elle attaque aussi quelquefois les parties externes et les muscles, savoir : les mâchoires, les épaules, les mains, les cuisses, les jambes ; elle y cause tantôt une douleur et tantôt une enflure, dont celle des jambes est la plus remarquable. On peut toujours observer deux choses dans l'enflure des hydropiques, c'est qu'elle est plus considérable le soir et que, quand on la presse fortement avec le doigt, l'impression y reste comme dans de la cire molle. Au contraire l'enflure des personnes hystériques est plus grande le matin et quand on la presse avec le doigt, il ne reste aucune marque. Le plus souvent aussi l'enflure n'existe qu'à une des deux jambes. Du reste elle ressemble tellement à celle des hydropiques, soit par sa grandeur, soit par sa superficie, qu'on a bien de la peine à persuader aux personnes malades qu'elles ne sont pas hydropiques. »

La dernière phrase de Sydenham nous montre qu'il parlait seulement d'un œdème blanc. Il ajoute que cet œdème est dur, la pression du doigt n'y laissant pas de godet. Il fait remarquer enfin que, contrairement à ce qui se passe dans l'anasarque, il peut être unilatéral, lorsqu'il siège aux membres inférieurs par exemple. Presque toute la séméiologie de l'œdème blanc des hystériques se trouve dans ces quelques lignes.

Depuis Sydenham on a naturellement plusieurs fois parlé de l'œdème dur des hystériques, mais en réalité d'une façon fort discrète et il est singulier qu'une affection, qui probablement n'est pas très rare, ait passé presque inaperçue. A peine peut-on citer dans ces derniers temps, comme se rapportant à ce sujet, un cas de Damaschino (1), celui du Dr Fabre (de Marseille) (2), enfin un mémoire de Weir Mitchell (de Philadelphie) (3) qui croyait, tant l'œdème hystérique était chose peu connue, l'avoir le premier décrit.

Mais, dans tous ces auteurs, je ne vois guère signalée qu'une forme de l'œdème que nous appellerons, si vous voulez, l'*œdème blanc des hystériques*, celui qui ressemble à s'y méprendre à l'œdème des hydropiques, moins le fait cependant, du moins dans la règle, de l'impression laissée par la pression des doigts. Je n'y ai pas trouvé, autant que je sache, de mention explicite d'une autre forme d'œdème, qui, comme celui de Sydenham, est représenté par une tuméfaction ne cédant pas à la pression du doigt, mais qui en diffère par deux caractères essentiels, à savoir : 1° un abaissement de la température locale qui peut aller jusqu'à deux, trois, quatre et même cinq degrés centigrades ; 2° une coloration bleu-violacé, quelquefois très foncée, quelquefois simplement lilas, des téguments, d'où cette dénomination d'*œdème bleu* que j'ai proposée d'adopter parce qu'elle frappe l'œil tout d'abord, si je puis ainsi parler.

Cette forme d'œdème névropathique ne diffère point, je pense, de l'œdème hystérique déjà connu ; il n'en est qu'une variété, mais assez importante et se présentant en clinique avec des caractères assez tranchés pour mériter une description spéciale.

L'historique de cette affection n'est pas bien long. Je l'ai pour la première fois mentionnée et distinguée à propos d'un malade de cet hospice (4), que je suis d'ailleurs à même de vous présenter de nouveau. Puis, à plusieurs reprises je l'ai observée chez des personnes de la ville, combinée tantôt avec des altérations de la sensibilité (anesthésie ou hyperesthésie), tantôt avec des troubles du mouvement (paralysies et contractures). Il s'agissait presque toujours de sujets marqués, par la présence des stigmates, au sceau de l'hystérie la mieux caractérisée. Je me bornerai à vous citer brièvement deux de ces derniers cas.

J'ai observé l'un d'eux dans un établissement hydrothérapique. Il s'agissait d'une jeune fille de dix-sept ans, entrée dans cet établissement au mois de mai 1889. Elle avait déjà souffert de phénomènes hystériques variés, lorsqu'un beau jour elle est prise d'une con-

(1) *Médecine pratique de Sydenham*, avec notes par Jault. Avignon, an. VII, 1799.

(1) Damaschino. — *Troubles trophiques dans l'hystérie*. Leçon recueillie par Revillout. — *Gaz. des Hôp.*, 1880, III 561-563.

(2) Fabre. — *Nouveaux fragments de clinique médicale. L'hystérie viscérale*. Paris, 1883. Delahaye et Lecrosnier.

(3) Weir Mitchell. — *Unilateral swelling of hysterical hemiplegia*. — *The am. jour. of. med. sc.*, T. 88, p. 94, 1889.

(4) Charcot. — *Leçons du Mardi*. T. 2, juin 1889.

© ANM

tracture qui lui met le pied gauche en talus. En même temps se développe au niveau du pied et de la jambe un œdème considérable. C'était un œdème dur, bien qu'il conservât un peu, sur certains points, l'impression du doigt. La région était cyanosée, violacée, parsemée de marbrures d'une coloration lie de vin. La peau était sèche et froide. De plus il existait une hyperesthésie exquise et des douleurs spontanées dans la jambe et le pied.

Ces phénomènes durèrent environ un mois, puis cessèrent spontanément lorsque des attaques convulsives apparurent. Un peu plus tard ils reparurent, mais d'une façon assez légère et disparurent enfin à la suite d'attaques convulsives classiques.

M. Wallet, entre les mains de qui la malade se trouvait à l'époque des premiers accidents, a pratiqué des mensurations des deux membres inférieurs qui montrent bien à quel point le gonflement du membre malade était parvenu. La circonférence du cou-de-pied droit (côté sain) mesurait 21 centimètres, celle du côté gauche atteignait 24 centimètres. Au niveau des malléoles on trouvait à droite 22 centimètres, à gauche 25 centimètres. Donc en ces deux points il existait trois centimètres de différence d'un côté à l'autre. La circonférence du mollet droit (32 centimètres) était inférieure de 1 centimètre à celle du mollet gauche (33 centimètres).

A côté de ce cas nous pouvons placer le suivant. Une jeune fille de 17 ans fut prise sans cause appréciable d'un gonflement assez considérable de la cuisse et de la jambe droites. Il s'agissait d'une tuméfaction dure, ne gardant pas l'empreinte du doigt, de coloration bleu-clair. Un chirurgien, croyant, paraît-il, à une affection du périoste, fit deux longues incisions au niveau de la jambe. Je n'ai pas besoin de dire qu'on ne trouva pas la moindre trace de pus; il s'écoula seulement un peu de sang. Il n'y avait d'ailleurs point de fièvre, pas d'état général grave et la jeune malade ne souffrait même en aucune manière. C'était en effet un simple œdème bleu hystérique pour lequel toute intervention chirurgicale était au moins superflue.

J'en eus d'ailleurs la preuve plus tard. Déjà la malade était une vraie hystérique, ayant eu autrefois une attaque de mutisme. Plus tard elle présenta encore des accidents hystériques qui auraient pu faire croire à une phtisie pulmonaire (hémoptysie, toux, amaigrissement, etc.) Enfin, quelques mois après la guérison de l'œdème de la jambe droite, elle fut prise des mêmes phénomènes au niveau du membre inférieur gauche. Mais cette fois le chirurgien ne fut pas appelé et tout rentra dans l'ordre grâce à l'emploi d'une compression élastique modérée. Retenez en passant ce fait, Messieurs, et n'oubliez point combien la connaissance de ces accidents d'hystérie locale est indispensable au chirurgien. Je vous l'ai déjà bien souvent répété; je ne saurais trop vous le redire.

Je pourrais multiplier ces exemples, car aujourd'hui, depuis que j'ai signalé l'œdème bleu des hystériques, on en a publié quelques cas. Vous en trouverez un dans le récent travail de M. Trintignan (1), qui le doit à M. Raymond. Chez ce malade le poignet, la main et les doigts du côté droit étaient le siège d'une tuméfaction de couleur bleuâtre. De plus, il existait une différence de température entre le côté sain et le côté malade, qui s'élevait à 10 et 12 degrés centigrades.

C'est aussi au membre supérieur qu'a paru l'œdème bleu chez les deux malades que je vais vous présen aujourd'hui. Ce siège à la main, au poignet et x doigts semble être d'ailleurs une de ses localisations les plus habituelles et les plus intéressantes.

Le premier de nos cas est celui d'une jeune fille de 22 ans, Mlle Marguerite F..., qui est entrée dans le service de la clinique le 15 avril dernier. Vous reconnaissez tout de suite chez elle les caractères de cet œdème bleu que je viens de vous tracer brièvement. Les doigts, le dos de la main, le poignet sont le siège d'une tuméfaction dure, sur laquelle la pression du doigt ne laisse aucune impression. De plus, toutes ces parties présentent une coloration bleue parsemée de petites taches

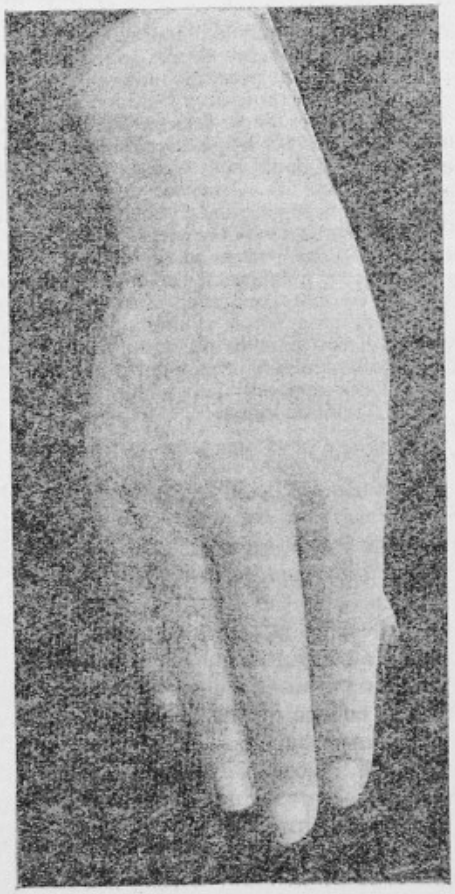


Fig. 37. — Œdème bleu du poignet et de la main, chez Marg. F..., combiné à une contracture de ces parties. On voit les traces des pointes de feu qui ont été pratiquées, à diverses reprises, au début de la maladie.

et de marbrures rouges et violacées, qui fait un contraste frappant avec le côté opposé. Enfin il existe un refroidissement notable de la main malade, perceptible par le simple toucher, et qui est rendu encore plus manifeste par la recherche de la température locale de la peau à cet endroit. Celle de la main gauche (côté sain) s'élève à 28°5 tandis que celle de la main droite (côté malade) n'atteint que 24°3. Il y a donc entre les deux une différence de 4°2.

Remarquons en outre l'attitude vicieuse de la main et des doigts du côté droit, qui est due à une contracture de ces parties. Vous allez voir maintenant, par l'histoire de la malade, comment ces divers accidents ont pris naissance.

Les antécédents héréditaires méritent de nous arrêter un instant. Si l'on ne trouve rien à relever du côté paternel, il n'en est pas de même en ce qui concerne la

(1) Trintignan. — *De l'œdème hystérique*. Th. Paris, 1890.

© ANM

famille de la mère. Celle-ci est nerveuse elle-même. Son père, le grand-père de notre malade, avait été atteint de convulsions. De plus, un des frères de ce dernier, grand-oncle de Marguerite, s'est suicidé et a eu une fille et deux petites-filles épileptiques. Vous savez quelle importance il faut attacher à une pareille hérédité.

Notre malade a eu des convulsions dans l'enfance, et les fièvres intermittentes vers l'âge de 4 ans. Elle a été réglée à 13 ans. Elle a toujours été d'un caractère impressionnable ; elle pleure pour un rien. La moindre contrariété suffit pour provoquer chez elle des phénomènes bien caractéristiques : elle sent une boule qui lui monte à la gorge, des battements dans les tempes et quelquefois se trouve mal.

Le début des accidents actuels a eu lieu en juillet 1889, c'est-à-dire il y a dix mois. Sans cause aucune, sans émotion ni contrariété, sans traumatisme, la malade est tenue éveillée toute une nuit par des douleurs vives dans le bras, l'avant-bras et les jointures des mains et des poignets. Le lendemain, quand elle se lève, elle remarque que sa main et son poignet sont le siège d'un gonflement douloureux, sans coloration spéciale. La main était notablement froide. C'est le troisième jour seulement que celle-ci devint violette, *presque noire*. Il n'y avait à ce moment, les souvenirs de la malade sont précis à ce sujet, ni anesthésie, ni raideur.

On appela un médecin. Celui-ci aurait fait le diagnostic d'arthrite nerveuse et essayé dès le début le salicylate de soude et l'antipyrine. Mais tout cela ne produit point d'effet, les douleurs et le gonflement persistent et enfin, au bout de quinze jours, malgré le diagnostic porté, le médecin place la main et le poignet dans un appareil plâtré qu'il laisse en place pendant deux mois. Une fenêtre est pratiquée dans l'appareil au niveau de la face dorsale, afin d'appliquer des pointes de feu de temps en temps sur le dos de la main et du poignet. Lorsque ces pointes de feu furent appliquées, *la malade ne les sentit pas, elle n'éprouva aucune douleur*, ce qui montre bien qu'il y avait déjà tout au moins de l'analgésie à cette époque. Néanmoins, la peur de souffrir, la vue du fer rouge provoquaient, à chaque nouvelle application, une attaque de nerfs.

Deux mois après on enlève l'appareil plâtré. La main avait conservé sa coloration violacée; le gonflement persistait ainsi que le refroidissement de la région malade. Mais un phénomène nouveau avait apparu : les doigts, la main et le poignet étaient contracturés dans une position intermédiaire à la flexion et à l'extension, identique à celle que nous observons aujourd'hui, car les choses n'ont pas changé depuis lors. La main est en pronation et la supination est impossible sans faire exécuter un mouvement de rotation à l'humérus. Les doigts, demi-fléchis, sont accolés entre eux et reviennent à leur place comme mûs par un ressort lorsqu'on les écarte les uns des autres. La paume de la main est creusée en gouttière. Le poignet est également immobilisé. Tout mouvement spontané est impossible à exécuter avec cette main.

De plus, il existe une anesthésie pour tous les modes de la sensibilité, contact, douleur et température, remontant sur le bras jusqu'aux environs de l'articulation scapulo-humérale et se limitant là par une ligne circulaire caractéristique.

Ici la filiation des accidents me paraît claire comme le jour. Il s'est produit tout d'abord, sans cause connue, une arthrodynie hystérique avec œdème bleu. Puis à la suite de l'application malheureuse de l'appareil plâtré une contracture est survenue, accompagnée de l'anesthésie complète, caractéristique, de tout un segment de membre.

A ce moment, la maladie, loin d'être améliorée par les divers traitements employés, n'avait fait au contraire qu'empirer. C'est pourquoi la malade, désespérée, est venue nous consulter et nous a raconté son histoire. Nous avons alors trouvé chez elle, outre les divers phénomènes dont je viens de vous parler, toute une série d'autres symptômes qui nous ont justement permis de classer les premiers dans la catégorie de l'hystérie la mieux caractérisée.

En effet notre malade présente la plus grande partie des stigmates hystériques. Le goût, l'odorat sont obnubilés à droite ; l'ouïe est presque abolie à gauche. La malade n'entend la montre que collée contre le pavillon de l'oreille et l'examen de M. Gellé a montré qu'il n'existait aucune lésion de l'appareil auditif. Il n'existe pas de rétrécissement du champ visuel, ni de troubles oculaires d'aucune sorte. Enfin la malade a des attaques de nerfs et l'on trouve sur la surface du corps quelques points hyperesthésiques, plus ou moins nettement hystérogènes, l'un sous le sein gauche, un autre au niveau du vertex, le troisième au niveau de la région ovarienne gauche.

Vous voyez ici, Messieurs, l'œdème bleu en quelque sorte dans sa fonction, à la place qu'il occupe dans l'évolution des phénomènes hystériques. C'est simplement un trouble vaso-moteur, de nature vraisemblablement spasmodique, pouvant aller jusqu'à l'infiltration véritable des parties qui en sont atteintes, quelquefois isolé, mais fréquemment aussi mêlé à d'autres symptômes d'hystérie locale tels que l'anesthésie, la paralysie ou la contracture. Dans ce dernier cas, l'œdème bleu marche de pair avec les autres phénomènes locaux et disparaît comme il est apparu, avec eux. Cette guérison peut se produire soit spontanément, soit par les efforts du médecin. Mais ceci touche à la question de la thérapeutique sur laquelle je reviendrai tout à l'heure.

Auparavant, je veux rapprocher ce cas, qui concerne une jeune fille, de celui d'un homme vigoureux, qui présente, avec quelques différences d'ordre secondaire, le même œdème bleu de la main surajouté à des phénomènes paralytiques, et que l'on voit apparaître et disparaître de temps en temps à la suite d'attaques. C'est sur ce malade que j'ai pour la première fois observé ce genre d'œdème, et c'est à propos de lui que j'ai soupçonné l'intérêt que ce phénomène devrait présenter un jour ou l'autre au point de vue du diagnostic. J'ai d'ailleurs déjà présenté ce cas l'an dernier dans mes *Leçons du Mardi* (1), en insistant sur les difficultés qu'il soulevait dans son diagnostic avec la syringomyélie. C'est qu'en effet l'œdème bleu, ou une lésion fort analogue, en apparence du moins, figure parmi les troubles trophiques de la syringomyélie dans laquelle, vous le savez, existe une altération organique de la substance grise centrale de la moelle épinière.

Remak (2) et Roth (3) signalent dans cette dernière affection une certaine bouffissure, un œdème indolent, accompagnés d'une teinte violacée ou rougeâtre plus ou moins foncée des téguments, avec abaissement de la température. Cet œdème occupe plus

(1) J.-M. Charcot. — *Leçons du Mardi*, T. II, juillet 1889.
(2) Remak. — *Berl. klin. Wochsft.*, 1889, n° 3.
(3) Roth. — *De la gliomatose médullaire* (*Arch. de Neurol.*, 1888).

© ANM

particulièrement le dos des mains, qui présente alors de l'analgésie et de la thermo-anesthésie. Vous comprenez par là qu'un œdème du dos de la main, présentant les caractères de l'œdème bleu et accompagné de troubles de la sensibilité, pourra, dans certaines circonstances, simuler l'hystérie ou être simulé par elle, suivant les cas. Cette difficulté du diagnostic est encore rendue bien plus grande, si, étant donné qu'il s'agit d'hystérie, vous trouvez chez votre malade la dissociation de l'anesthésie, qui parait être un des caractères cliniques les plus importants de la syringomyélie, mais peut cependant se rencontrer, ainsi qu'on sait, dans l'hystérie. C'est précisément ce qui est arrivé chez le malade que vous avez maintenant sous les yeux.

Il se nomme Perr... et est âgé de 46 ans. Marin jusqu'en 1876, il s'est fait plus tard veilleur de nuit dans l'usine Eiffel. Il est tombé dans l'état hystérique à la suite de chagrins, sans que l'on puisse relever chez lui d'autres causes ayant provoqué le développement de la névrose.

Sa maladie a débuté, il y a trois ans, par des vertiges auxquels il était fréquemment sujet. Puis, une nuit, pendant son sommeil, se développa une paralysie de la main droite, avec gonflement violacé et refroidissement du dos de la main et du poignet. Il y avait, paraît-il, à cette époque, une anesthésie complète des parties malades. Cet accident guérit soudainement, puis se reproduisit ensuite plusieurs fois, disparaissant toujours spontanément, comme il était venu.

En juin 1889 il eut une nouvelle paralysie de la même main, et cette fois avec dissociation de l'anesthésie. Mais déjà nous affirmions qu'il ne s'agissait pas de syringomyélie, tout d'abord à cause de la disparition spontanée, rapide et complète des accidents et ensuite parce que nous constations la présence de quelques stigmates hystériques. Ceux-ci consistaient surtout dans la présence de ces vertiges que je vous mentionnais tout à l'heure et que je considérais comme représentant de petites attaques d'hystérie et dans l'abolition du goût sur un des côtés de la langue. La dissociation même de l'anesthésie n'était point pour nous éloigner de notre idée, car, ainsi que je vous le disais tout à l'heure, elle n'est pas un signe univoque de la syringomyélie, mais peut parfaitement bien se rencontrer dans l'hystérie.

Aujourd'hui le doute, s'il pouvait subsister encore, n'est plus possible. En effet le malade, ainsi que je l'avais prévu dans la première période de sa maladie, est sujet à des grandes attaques d'hystérie classiques avec phase épileptoïde, grands mouvements, attitudes passionnelles. De plus il a un rétrécissement concentrique du champ visuel et des points hystérogènes.

Telle est en peu de mots l'histoire de ce malade à propos duquel je ne veux pas entrer dans de plus longs détails, attendu que son observation se trouve dans mes *Leçons du Mardi* (1) et, en ce qui concerne l'état actuel, caractérisé par un plus grand développement des phénomènes hystériques, est relatée dans divers travaux (2). Quant à l'accident local lui-même, je ne pourrais que répéter ce que je disais tout à l'heure en parlant de la jeune Marguerite F... C'est absolument le même aspect, le même gonflement, en ne gardant pas l'empreinte du doigt, la même teinte bleu-violet, le même refroidissement des parties malades. Une seule différence existe : chez notre homme, au lieu d'une anesthésie complète dans la région de la main et de l'avant-bras, il y a conservation de la sensibilité au contact, analgésie et thermo-anesthésie.

Vous voyez encore une fois ici l'œdème bleu de la main prendre place au milieu de phénomènes paralytiques, apparaître et disparaître avec eux, en l'absence de toute lésion organique, soit des nerfs périphériques, soit des centres nerveux spinaux.

L'œdème bleu des hystériques, Messieurs, mérite d'attirer votre attention. Mettez-vous bien dans l'esprit et dans les yeux l'histoire et les caractères de cet accident de la névrose, encore inconnu hier et qui prêterait tant à confusion si on ne le connaissait pas parfaitement. Je vous ai déjà montré qu'il était quelquefois difficile de le distinguer d'un trouble trophique analogue survenant dans la syringomyélie. Vous ne le confondrez pas non plus avec l'asphyxie symétrique des extrémités, ou maladie de M. Raynaud. Celle-ci présente avec l'œdème bleu certaines relations qui vous ont peut-être déjà frappés et quelques analogies, telles que la coloration des téguments, l'anesthésie, l'abaissement de la température. Mais le siège de l'asphyxie des extrémités est au niveau du nez, des oreilles et des doigts, et toujours symétriquement, ce que nous n'avons jamais rencontré dans l'œdème bleu des hystériques. De plus la maladie de Raynaud procède d'une façon progressive et non subite, toujours la même. Les phénomènes de syncope locale surviennent d'abord, puis l'asphyxie locale symétrique et enfin la mortification des parties. Ce dernier accident ne se produit jamais dans l'œdème bleu.

J'ai à peine besoin de vous mettre en garde contre la possibilité d'une confusion avec l'œdème proprement dit, avec un phlegmon. Dans ce dernier cas la fièvre et les divers caractères de l'inflammation plus ou moins étendue seront des signes d'une grande importance. Je vous ai néanmoins signalé en commençant un cas où une semblable erreur avait été commise. Vous ne devrez plus la faire aujourd'hui que vous connaissez l'histoire naturelle de cet accident de névropathique.

Messieurs, je ne veux pas laisser passer cette question de l'œdème bleu des hystériques sans vous faire connaître un fait très intéressant dans l'espèce et qui vient encore confirmer tout ce que je vous ai dit au sujet de cet accident de l'hystérie locale. On peut reproduire artificiellement l'œdème bleu, avec tous les caractères que vous lui connaissez, chez certaines hystériques, par suggestion, après les avoir placées dans la période somnambulique du grand hypnotisme.

Nous avons choisi pour cette expérience la nommée Pauline Schey..., âgée de 23 ans, qui est déjà depuis longtemps dans le service de la clinique. Cette jeune fille est atteinte de grande hystérie tout à fait classique avec stigmates permanents, hémianesthésie gauche sensitivo-sensorielle complète, rétrécissement double très considérable du champ visuel, dyschromatopsie, etc., grandes attaques, points hystérogènes. Elle a eu de plus quelques accidents d'ordre moins banal, si je puis ainsi dire, tels que grandes attaques de chorée rhythmée, attaques de délire durant plusieurs jours. Je vous l'ai d'ailleurs souvent montrée dans mes leçons lorsqu'elle était en butte à quelques-uns de ces accidents. Enfin,

(1) *Loc. cit.*

(2) L'observation complète et détaillée de ce malade se trouve dans le travail de MM. Gilles de la Tourette et Dutil sur l'œdème bleu des hystériques (*Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1889, t. II) et dans la thèse de M. Athanassio sur les troubles trophiques hystériques (th. Paris, 1890).

© ANM

elle est hypnotisable et, par les divers moyens habituels pour ce genre de recherches, on provoque chez elle le grand hypnotisme avec ses trois états caractérisés par leurs signes somatiques respectifs : léthargie, catalepsie, somnambulisme.

Le 26 avril 1890, la malade étant placée dans la période somnambulique de l'hypnotisme, on lui suggère que son poignet et sa main du côté droit vont se gonfler et devenir violets.

Les jours suivants la suggestion se réalise peu à peu et le 30 avril elle est dans l'état suivant :

La main droite est gonflée, d'un volume de beaucoup supérieur à la gauche. Les doigts, la main sur sa face dorsale, le poignet sont d'une coloration violacée, parsemés de plaques

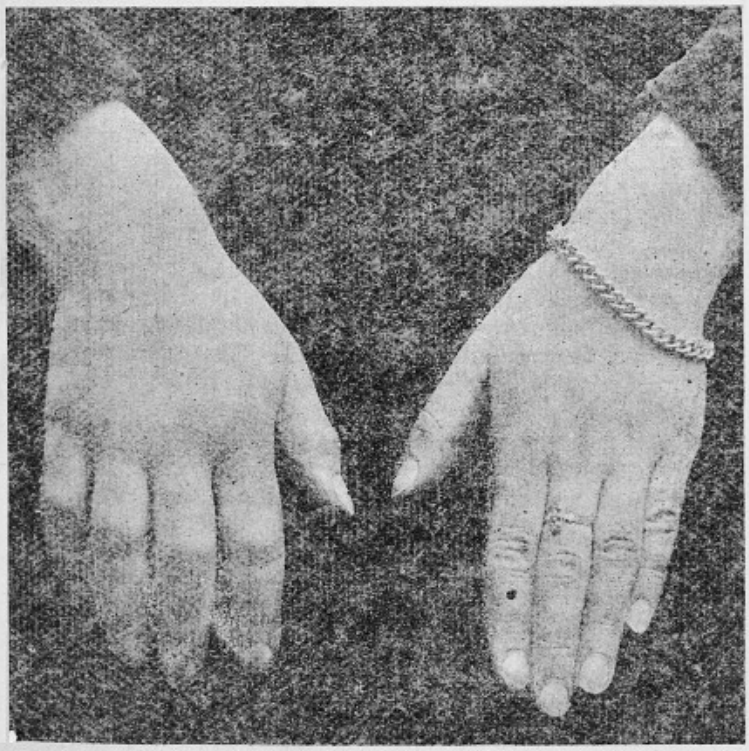


Fig. 38. — Œdème bleu de la main droite, produit artificiellement par suggestion somnambulique, chez une grande hystérique hypnotisable (Pauline Schev...). La main gauche est saine et fait nettement ressortir, par contraste, le gonflement considérable de la main et des doigts du côté opposé.

d'un rouge vif. Les doigts sont comme bridés au niveau des articulations des phalanges ; la peau à ce niveau, à la face dorsale, forme un bourrelet très accusé, de coloration plus foncée.

Le creux de la main est également gonflé, la peau est tendue et ne fait plus de plis comme au côté opposé.

La peau en général est lisse, un peu luisante, les stries et les plis sont effacés.

Ce gonflement est dur, l'impression du doigt ne laisse pas le godet caractéristique de l'œdème, bien qu'elle fasse une très légère dépression. Toute manœuvre exercée sur la main produit au point qui a été touché une tache rouge-vermillon très accentuée, qui dure quelques instants.

La malade ne peut plus porter ses bagues. Dès le lendemain de la suggestion, on a été obligé de lui retirer par le procédé du fil une bague qui bridait le doigt annulaire, alors que d'habitude elle est plutôt trop grande.

La malade remue assez difficilement le poignet. Il existe certainement à ce niveau un certain degré de parésie. Il en est à peu près de même pour les doigts, qu'elle remuerait cependant beaucoup plus énergiquement que le poignet, si le gonflement des tissus sous-cutanés ne gênait les mouvements en bridant la peau.

La main est anesthésiée dans toute son étendue, jusqu'à un travers de main au-dessus du poignet, *pour le tact*. Pour la *douleur*, l'analgésie remonte à un travers de main plus haut. Pour la *température*, il y a thermoanesthésie absolue en manche de veste.

Le côté droit est habituellement sensible dans tous les modes; le côté gauche est anesthésique. Or il s'est fait un transfert à peu près exact de la sensibilité à la main et au poignet gauches : sensibilité à tous les modes jusqu'à un travers de main au-dessus du poignet gauche. Au-dessus de cette limite, analgésie à un travers de main, plus haut. La thermoanesthésie absolue persiste dans tout le membre au-dessus de la ligne de sensibilité complète, de telle sorte que la sensibilité à la température ne s'est pas transférée comme les autres, au moins pour l'instant.

La température de la main malade est de 26°5 (centigr.). Celle de la main saine de 31° 8. Différence 5° 3.

Mensurations en centimètres :

Circonférence du poignet droit	16c.25
Circonférence du poignet gauche	15c.25
Circonférence de la main au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes droites .	20c.50
Circonférence de la main au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes gauches. .	18c. »
Circonférence du doigt médius droit au niveau de l'articulation moyenne	7c.50
Circonférence du doigt médius gauche au même niveau.	6c. »

Il est facile de voir qu'il n'existe aucune différence essentielle entre cet œdème bleu produit artificiellement et celui que nous venons d'étudier chez nos deux précédents malades. Mais je vais encore vous montrer, Messieurs, et cela n'est point sans importance, que nous pouvons détruire ce que nous avons produit. Ce qu'une suggestion a fait, une autre suggestion va le défaire.

Je fais placer pour cela de nouveau la malade dans la période somnambulique et on va lui suggérer devant vous que sa main est guérie, qu'elle n'est plus faible, qu'elle n'est plus gonflée ni violette, tout en pratiquant sur cette main malade des massages destinés à augmenter l'effet de notre contre-suggestion. Vous le voyez, il nous suffit de dix à quinze minutes et cette main redevient blanche comme l'autre, mince et recouvre sa sensibilité, tandis que la gauche, qui avait récupéré le sentiment par transfert, redevient anesthésique comme par devant.

Il y a six mois, mon chef de clinique, M. Georges Guinon, avait déjà fait cette même expérience sur cette même malade et elle avait donné identiquement les mêmes résultats.

J'aborde maintenant le côté thérapeutique de la question, sur lequel je ne m'étendrai pas longuement. L'œdème bleu par lui-même ne donne lieu à aucune indication spéciale. Je vous ai dit qu'il disparaissait en général avec les phénomènes locaux vulgaires, contractures, paralysies, qu'il accompagne. C'est donc surtout sur ces derniers que nos efforts devront porter, et en particulier chez notre jeune fille nous essayerons par tous les moyens en notre pouvoir de faire disparaître cette contracture des doigts et du poignet à laquelle s'est surajouté l'œdème bleu.

Mais cela rentre dans un sujet que j'ai traité bien des fois devant vous. Nous emploierons tout d'abord les toniques pour relever l'état général, et l'hydrothérapie. Localement nous avons à mettre en œuvre le massage, les divers agents œsthésiogènes et en particulier le transfert à l'aide de l'aimant. Le traitement par la suggestion dans l'hypnose pourra peut-être nous rendre des services. Mais, en tous cas, il est une thérapeutique que nous savons devoir laisser radicalement de côté, c'est l'intervention chirurgicale à l'aide de bandages inamovibles, d'appareils plâtrés, etc.,., dont l'application

© ANM

au début de la maladie a produit de si désastreux effets chez notre malade.

Je ferai remarquer à ce propos que tout récemment un auteur allemand, M. Tölken, a publié un travail dont les conclusions viennent à l'encontre des préceptes que j'ai l'habitude de formuler (1). Il a observé chez des jeunes sujets plusieurs cas de contracture hystérique dans lesquels l'application d'un appareil plâtré après chloroformisation aurait fait merveille.

Eh bien, malgré les cas favorables de M. Tölken, je continue à me défier du bandage inamovible chez les malades de ce genre. Ses observations démontrent seulement que ce mode de traitement n'est pas toujours aussi pernicieux qu'il l'est à coup sûr dans beaucoup de cas, je dirais, d'après mon expérience personnelle, dans la généralité des cas.

Toujours est-il que nous éviterons, malgré les observations de M. Tölken, de placer de nouveau dans un appareil plâtré le membre de notre jeune fille. Car sans aucun doute c'est lui, comme je vous l'ai fait voir plusieurs fois dans des circonstances analogues, qui a créé cette contracture. Grâce à lui on a fait d'une simple arthrodynie hystérique, qui peut-être n'eût pas eu une bien longue durée, une affection tenace qui peut-être longtemps encore résistera à toutes nos tentatives thérapeutiques. (*A suivre*).

OPHTALMOLOGIE

Deux cas de paralysie des muscles de l'œil par action traumatique directe sur les muscles ;

par **Albert TERSON**, interne des hôpitaux.

Il nous a paru intéressant de rapprocher deux paralysies des muscles de l'œil, de cause semblable, observées dans le service de notre excellent maître, M. le Pr Panas. Dans le premier cas, un traumatisme a atteint directement un muscle de l'œil et l'a entravé dans son fonctionnement : il nous a été permis de voir le malade dès le début de la lésion. Chez le second malade, qui présente de plus des troubles particuliers du fond de l'œil, les phénomènes paralytiques, pour lesquels le malade est venu se faire traiter, se rapportent aussi à un traumatisme oculaire ancien, mais dont l'action a été également directe sur le muscle lésé.

Le nommé B... a reçu, quinze jours avant sa venue à l'hôpital, un coup de pioche sur la partie externe de la paupière supérieure droite. A ce niveau, à peu près à égale distance du bord libre et du sourcil, il subsiste aujourd'hui une plaie cicatrisée d'un centimètre et demi de longueur environ. On peut encore constater une légère ecchymose du limbe conjonctival, en haut, en rapport avec le niveau de la plaie cutanée : autour, la sclérotique offre une coloration jaune ocre.

A la suite de l'accident, le malade ne put ouvrir les yeux qu'après trois jours environ, à cause du gonflement de la paupière ; la vision était conservée, mais ce n'est que plusieurs jours après qu'il remarqua qu'il voyait double et c'est pour cela qu'il vient consulter.

L'œil droit présente les lésions objectives signalées plus haut ; la pupille est dirigée très légèrement en dehors. L'iris a sa couleur normale ; les réflexes pupillaires sont conservés ; l'acuité visuelle et l'accommodation ne présentent rien de particulier. La diplopie, qui est ici le phénomène intéressant, mérite un examen minutieux.

La diplopie verticale existe dans toute l'étendue du champ visuel supérieur ; elle s'accentue quand le malade regarde vers le côté sain ; elle diminue et disparaît quand le malade regarde fortement à droite. Quand l'objet est présenté en haut et en dehors, il se produit de la diplopie croisée. L'image fausse a son sommet qui s'écarte un peu de l'image fournie par l'œil sain.

Les arcs excursifs sont entravés seulement dans l'élévation.

De l'étude de cette diplopie, il résulte que le muscle en cause est le droit supérieur du côté droit. Dès l'abord, on peut dire que c'est un muscle élévateur qui est paralysé. On peut, en effet, exclure les paralysies complètes de la 3e paire et de la 6e paire, dès qu'on a examiné la situation de la pupille et les mouvements de l'œil. C'est donc ou le droit supérieur (élévateur direct) ou le petit oblique (élévateur indirect et accessoire) qui est lésé. La diplopie verticale existe dans tout le champ supérieur du regard, le petit oblique n'étant pas un élévateur suffisant. Il y a, de plus, diplopie croisée, quand l'objet est présenté en haut et en dehors, parce que l'œil est de plus en plus entraîné en dehors en s'élevant, par le petit oblique abducteur, non contre-balancé par le droit supérieur, légèrement adducteur. Il y a aussi inclinaison de l'image fausse formant avec l'image régulière un angle ouvert en haut. C'est donc bien le muscle droit supérieur seul qui est paralysé. Le malade ne présente aucun antécédent, spécifique ou autre, qui permette de rapporter sa paralysie à autre chose qu'à son accident ; ce qui est bien évident, c'est qu'il a eu une lésion directe de son muscle, entraînant une paralysie d'origine purement périphérique.

Le deuxième cas est celui d'un homme de 35 ans qui reçut, il y a plus de 20 ans, un coup de bâton sur le côté interne de son œil droit. Il perdit immédiatement la vue, restée entièrement abolie. De plus, l'œil se porta fortement en dehors, et c'est seulement pour la difformité strabique que le malade vient consulter.

L'œil est de volume normal ; la cornée est saine. Il est dirigé en dehors et un peu en haut. La paupière inférieure présente une déchirure entre le point lacrymal inférieur et le sommet de l'angle interne de l'œil et la distension reporte le point lacrymal inférieur presque au-dessous de la pupille. Il y a de plus une bride conjonctivale qui s'étend de la déchirure de la paupière à la conjonctive oculaire en dedans de la cornée, à peu près au niveau du point d'insertion du muscle droit interne.

Les lésions que l'on constate à l'éclairage oblique et à l'examen ophtalmoscopique méritent d'être rapportées. L'iris est dilaté ; il tremblote un peu, le cristallin étant peut-être déplacé, ce qu'on ne peut voir directement, par quelque petite rupture latérale de la zonule. La pupille se contracte quand le malade essaie de faire converger son œil, ce qu'il ne peut arriver à faire, le droit interne ne fonctionnant évidemment pas. Elle se contracte aussi quand on ouvre et on ferme rapidement l'œil du côté sain, ce qui est une preuve de plus de l'unité physiologique du centre photo-moteur des yeux. Il n'y a aucune perception lumineuse.

A l'examen ophtalmoscopique, à l'image renversée, le cristallin présente seulement des lésions de sa face postérieure qui offre la forme d'un miroir concave, blanchâtre, ressemblant à une cataracte corticale pos-

(1) Tölken. — *Beobachtungen ueber hysterische Contracturen* (*Zeitsft. f. klin. Med.*, 1890, T. XVII, Supplément-Heft).

© ANM

térieure, mais qui paraît n'être qu'un dépôt sur la cristalloïde postérieure. Le reste du cristallin n'a ni stries, ni noyau opaque. On peut, malgré la lésion cristallienne, apercevoir le fond de l'œil. Au côté externe de la pupille, on aperçoit, à l'ophtalmoscope, une fente verticale courbe, d'un blanc resplendissant, d'où pend la rétine décollée sur une assez grande étendue. Sur le reste du fond de l'œil, plusieurs taches pigmentaires, vestiges d'anciennes hémorragies qui doivent avoir suivi l'accident.

Quoi qu'il en soit, on voit donc que le strabisme paralytique externe, qui existe ici, a eu aussi une origine traumatique directe. C'est ce qui nous a engagé à le rapprocher du cas précédent où il y a eu, comme dans celui-ci, action locale, périphérique, directe sur le muscle lésé ; ce qui est une origine rare de paralysie des muscles de l'œil.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les Écoles de province.

« Dès que l'individu ou un groupe d'individus tente de s'émanciper un peu et de faire preuve de vitalité, l'Etat, ou son représentant, arrive pour leur casser bras et jambes et leur enlever toute velléité de progression. »

Ainsi débute M. le Dr R. Brunon dans son article de la *Normandie médicale* du 1er octobre. Dans cet article, M. Brunon prend la défense des écoles secondaires de province. Il montre que, depuis une dizaine d'années, des jeunes docteurs, anciens internes de Paris ; vont s'établir en province dans les villes où il y a une École de médecine; qu'ils ont contribué à relever le niveau médical de la région ; que les écoles secondaires ont fait de réels progrès et qu'ils ont commencé le mouvement de décentralisation universitaire et scientifique. Suivant lui, ce mouvement, si désirable, n'a pas été vu à Paris d'un bon œil et c'est pour cela qu'on aurait supprimé aux écoles secondaires les examens de fin d'année, leur ôtant ainsi toute sanction sur le travail de leurs élèves ; qu'on leur a enlevé les meilleurs d'entre eux en les forçant à faire un stage à Paris, qu'on ne reconnait pas aux professeurs de ces écoles le droit de donner leur avis sur le choix de leur directeur et encore moins celui de désigner le titulaire d'une chaire vacante.

Il proteste contre les nominations de professeurs titulaires, faites dans ces derniers temps au détriment des professeurs suppléants nommés au concours, « de Parisiens difficiles à caser à Paris. » Toutes ces mesures n'ayant pas réussi, on cherche, assure-t-il, par une série de moyens détournés, à arriver à la suppression des écoles secondaires. Les écoles secondaires se montrent récalcitrantes. M. Brunon met en relief quelques-unes des raisons qui militent en faveur des « écoles de province pour l'instruction des praticiens. » Ces écoles donnent l'enseignement des premières années aux futurs médecins et cela dans des conditions avantageuses pour les familles et pour les étudiants. Les dépenses sont, en effet, bien moins lourdes à Limoges, à Nantes, etc., pour les familles qu'à Paris.

Beaucoup de familles hésiteraient à laisser leurs fils faire des études médicales s'il fallait aller aussitôt à Paris, et le nombre des médecins, déjà insuffisant dans les départements, le deviendrait encore davantage. A Rouen, à Caen, à Grenoble, etc., les jeunes étudiants sont connus de leurs maîtres qui les suivent de près, s'intéressent personnellement à eux. Il est certain que dans les écoles secondaires où les professeurs sont soucieux de leurs devoirs, les étudiants peuvent faire un stage beaucoup plus fructueux qu'à Paris. La plupart des professeurs ont un service hospitalier qui les met en mesure, s'ils le veulent, d'enseigner minutieusement à leurs élèves les moyens de bien prendre les observations, la pratique de la percussion et de l'auscultation que trop peu de médecins enseignent à l'heure actuelle dans nos hôpitaux. M. R. Brunon dit donc avec raison : « Où est *l'enseignement de Paris* pour le débutant ? Nous avouons ne pas le connaître, quoique nous l'ayons cherché quand nous en avions besoin. »

M. Brunon conclut que le meilleur moyen d'allier tous les intérêts « c'est d'augmenter la liberté de l'enseignement et de laisser plus libres les centres où de grands hôpitaux ont aggloméré des élèves... La liberté ! c'est le grand remède à bien des maux. On écrit son nom sur les murs en France ; mais malheureusement elle n'est pas dans les mœurs. » De bonnes études préparatoires en province mettent certainement l'étudiant en situation de bien mieux profiter de l'enseignement donné à Paris.

Nous pensons, comme toujours, que les villes qui offrent des moyens sérieux d'enseignement, des hôpitaux, des hospices, des asiles d'aliénés, sont légitimement en droit de réclamer le maintien de leurs écoles préparatoires de médecine. Nous avons revendiqué pour la ville de Paris la faculté de créer un *enseignement municipal de médecine*, ce n'est pas pour le contester aux autres villes. A elles d'examiner si elles sont en mesure de mettre en œuvre les moyens d'instruction dont elles disposent. A elles d'apprécier si leurs professeurs font des efforts suffisants pour attirer les étudiants. Au gouvernement le devoir d'encourager toutes les bonnes volontés, de faire utiliser toutes les richesses scientifiques que nous possédons, mais aussi à lui le droit de s'assurer que chacun remplit strictement ses obligations et si les étudiants étudient. B.

Des conséquences du duel dans les Universités Allemandes. — Les écoliers sont décidément bien fin de siècle ; à Paris et à Vienne, ils se suicident pour un examen manqué ; à Berlin, ils se battent en duel pour une misère. Le ministre de l'instruction publique de Prusse vient d'adresser une circulaire à toutes les autorités scolaires où il leur annonce qu'une enquête officielle a confirmé le fait d'un duel d'écoliers rendu public par la presse. Il s'agissait d'un *untersekundaner* (élève de seconde) et d'un *obertertianer* (élève de troisième) qui ont échangé trois balles à douze pas, du reste sans résultat. Comme punition, les deux duellistes et leurs seconds, également des écoliers, ont été chassés de l'établissement auquel ils appartenaient. Les autorités scolaires sont invitées à en user de même dans des cas analogues. La *Gazette populaire de Cologne* approuve ces mesures, mais déclare qu'elles n'auront d'effet que quand on les complètera en interdisant dans les Universités les *mensurations* ou duels à la rapière entre étudiants.

L'Hospice maritime de Saint-Mandrier. — Dans son numéro du 1er octobre, le *Petit Var* signale ce fait que, pendant un mois, un seul médecin a été chargé, avec l'assistance d'un étudiant, de la direction de cet établissement qui contient environ 400 malades (médecine et administration). « Il estime que la présence dans l'hôpital Saint-Mandrier, *à titre permanent*, d'un médecin en chef et de plusieurs médecins d'un grade inférieur, serait indispenshble, en raison de l'effectif nombreux des malades de cet établissement. » Cette réclamation nous paraît justifiée.

Plâtrage des vins. — A la suite d'une délibération du Comité consultatif d'hygiène de France, qui déclarait que le plâtrage des vins au delà de 2 0/0 était nuisible à la santé, le ministre avait envoyé une circulaire invitant les parquets à empêcher et poursuivre le plâtrage au delà de 2 0/0. Par un télégramme complémentaire, le garde des sceaux enjoignait de n'appliquer la prohibition qu'aux vins de provenance postérieure au 4 septembre. Mais l'application de cette prescription a rencontré des difficultés nombreuses. Pour éviter les difficultés résultant de la saisie, à la douane, des vins espagnols envoyés en France pour le coupage et qui paraissent avoir été plâtrés avant le 4 septembre, le garde des sceaux vient d'envoyer aux procureurs généraux une nouvelle circulaire les invitant à retarder jusqu'au 1er avril 1891 l'application des instructions relatives à l'interdiction du plâtrage au delà de 2 0/0. Mais, ce délai passé, l'interdiction sera formelle, le prétexte de surprise ne pouvant plus être invoqué, comme aujourd'hui, par les viticulteurs du Midi.

© ANM

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 8 septembre 1890. — Présidence de M. Duchartre.

M. Miquel adresse une note *sur le ferment soluble de l'urée* qu'il est arrivé à séparer en cultivant l'un des bacilles ferments actifs de l'urée dans du bouillon de peptone additionné de carbonate d'ammonium. On peut parvenir à accumuler par litre de bouillon une quantité de ferment soluble capable de transformer en carbonate d'ammonium en moins d'une heure 60 à 80 grammes d'urée pure. Ce ferment soluble se décompose au contact de l'air et à la température de 50°. Une température basse voisine de 0° permet de le conserver plusieurs semaines. Il existe une grande variété de microorganismes doués de la propriété d'hydrater l'urée et de la transformer en carbonate d'ammonium. Tous ces microorganismes agissent par l'intermédiaire du ferment soluble découvert par M. Musculus. La fermentation alcaline des urines n'est donc pas liée à un acte de nutrition des microphytes.

Séance du 29 septembre.— Présidence de M. Duchartre.

M. Bouchard expose *la théorie de la maladie infectieuse, de la guérison, de la vaccination et de l'immunité naturelle* déduite des faits expérimentaux communiqués à l'Académie et dont nous avons rendu compte. Si l'agent infectieux inoculé tombe dans un organisme animal qui est un milieu très bactéricide il ne s'y développe pas. Si l'animal vivant constitue un milieu favorable, le microbe se développe immédiatement, tandis que si le milieu est médiocrement bactéricide son développement est retardé, mais tôt ou tard la maladie commence. Les microbes en se développant sécrètent en quantité de plus en plus grande des substances chimiques, dont les unes agissent sur le système nerveux, dont les autres impressionnent les cellules du corps et par leur intermédiaire modifient la composition chimique des humeurs qui peuvent ainsi devenir bactéricides. Dès que le nombre des microbes est devenu suffisant pour que leurs produits de sécrétion constituent une masse qui n'est plus négligeable, les symptômes fébriles et toxiques apparaissent. Le phagocytisme seul pourrait venir au secours de l'organisme, mais le microbe a sécrété la substance qui paralyse le centre nerveux vaso-dilatateur et empêche ainsi la diapédèse. L'intoxication augmente, la maladie s'aggrave, la mort peut survenir. Mais si l'état bactéricide a pu être produit avant la terminaison fatale, la vie des microbes est impressionnée, leurs sécrétions se suspendent. Le phagocytisme vient achever ce que l'état bactéricide avait commencé. Et voilà la guérison, première manifestation de l'immunité acquise. De simples variations dans le degré de l'état bactéricide produit suffisent à expliquer l'immunité acquise absolue ou relative. L'immunité naturelle résulte de la résistance plus grande que, dans certaines espèces animales, le centre vaso-dilatateur oppose aux matières paralysantes. M.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 7 octobre 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

M. Desnos communique le résultat de ses recherches sur l'*exalgine*, qui est une poudre blanche, insipide, soluble dans l'alcool chaud et l'eau froide alcoolisée. L'auteur fait usage d'une solution renfermant 0 gr. 85 centigr. de substance active par cuillerée à bouche. Les effets se manifestent surtout sur le bulbe et le système cérébro-spinal : vertiges, avec ou sans frissons, refroidissements, bourdonnements d'oreilles ; céphalalgie, tendance au sommeil ou torpeur ; sueurs profuses, fourmillements. Les fonctions circulatoires et respiratoires ne paraissent pas modifiées. L'exalgine s'élimine par les reins et est très bien supportée. La dose ne doit pas dépasser 0 gr. 25 par fois et peut s'élever sans accidents jusqu'à 1 gr. 75 par jour. Les affections heureusement modifiées par l'exalgine sont tout d'abord les névralgies, surtout la névralgie faciale *a frigore*, les névralgies anémiques et syphilitiques ; puis les névralgies des membres et les névralgies viscérales. En somme l'exalgine est un bon analgésique, mais qui doit être administré modérément et avec précaution.

M. Rochard fait des remarques sur les récentes communications sur la *dépopulation de la France*. Il pense que l'Académie, tout en attirant l'attention des pouvoirs publics, doit se restreindre en ce qui concerne la question légale et fiscale. L'Académie doit surtout s'occuper du côté hygiénique de la question, c'est-à dire la diminution de la mortalité et de la morbidité. L'hygiène, en effet, peut diminuer le nombre des mariages stériles qui ne le sont pas toujours volontairement, mais aussi, souvent, de la constitution des époux ; quant à la mortalité, elle est exagérée pour nos conditions climatériques et porte surtout sur les enfants. Le nombre des mort-nés et des avortements provoqués augmente chaque année. La loi Roussel protège les enfants du premier âge, mais elle n'est pas appliquée convenablement partout. Ensuite on ne fait rien pour empêcher les maladies contagieuses qui déciment la seconde enfance. Il faut inviter les magistrats à plus de sévérité contre les femmes qui avortent ou se font avorter. Il faut rétablir les tours ou créer des bureaux secrets ; appliquer la loi Roussel, rendre la vaccination obligatoire et encourager la désinfection des locaux contaminés à la suite de fièvres éruptives. Les légistes, les philosophes et les moralistes verront ensuite ce qu'on peut faire pour favoriser l'accroissement de la population.

M. Nocard lit un rapport à propos d'un travail de M. Peyraud (de Libourne), sur l'*étiologie du tétanos et sa vaccination chimique par la strychnine*. M. Peyraud a inoculé, à des lapins, divers produits tétaniques connus : terre, poussière, fumier de cheval. Celui qui lui a donné les plus sûrs résultats est de la terre non cultivée depuis plusieurs années. Cette terre, envoyée comme échantillon au rapporteur et inoculée par lui, ne lui a pas semblée aussi tétanigène que M. Peyraud le prétendait. L'auteur cherche ensuite à établir qu'on peut vacciner contre le tétanos, quoique les maladies susceptibles de récidiver ne soient pas, on le sait, justiciables de vaccination. Pour y arriver, il emploie la strychnine, dont les effets toxiques sont analogues aux symptômes du tétanos et pense que, par l'accoutumance de l'organisme à un poison végétal, il le met en état de résister à un agent infectieux dont les effets sont analogues. De deux séries d'expériences sur des lapins vaccinés avec de la strychnine, dont la dose ne dépassait pas celle capable de produire des convulsions, et sur des lapins témoins, M. Peyraud conclut à l'efficacité de la vaccination contre le tétanos par la strychnine. Le rapporteur a repris ces expériences avec l'échantillon de terre de M. Peyraud et avec des cultures pures de tétanos. Mais tous les animaux, vaccinés ou non, ont succombé avec l'inoculation de culture pure. Les conclusions de M. Peyraud ne paraissent donc pas exactes. Il ressort cependant de son travail ce fait qu'une terre non cultivée depuis plusieurs années peut encore être tétanigène.

M. Ch. Périer présente deux malades opérés par lui. L'un a subi la *laparotomie pour un kyste hydatique du foie* rompu dans la cavité péritonéale, avec mélange de la bile au liquide kystique ; l'autre a subi l'*extirpation de la vésicule biliaire*, dont le col était oblitéré par un calcul volumineux.

M. Delthil lit un travail sur l'*identité de la diphtérie humaine et animale, et la probabilité de son origine animale, et plus particulièrement aviaire.*

Paul Sollier.

© ANM

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 8 octobre 1890. — Présidence de M. Nicaise.

M. Segond dépose sur le bureau un mémoire sur *un procédé nouveau de traitement des fistules recto-vaginales* (Renvoi à une commission).

M. Quénu donne quelques détails complémentaires sur l'histoire de la malade dont il a parlé à la dernière séance. La plaie périnéale, entre l'anus et la vulve, s'était refermée le 4e jour, et le 5e des gaz passèrent du rectum dans le vagin. Il désunit cette plaie périnéale, la tamponna légèrement à la gaze iodoformée et la malade guérit. — Ce procédé doit bien s'appeler *Procédé de Guérin*, qui l'employa une fois, mais eut un insuccès. On peut rapprocher de ce procédé un certain nombre d'accidents postopératoires qui facilitèrent la guérison dans deux cas. Ainsi, en 1882, M. Verneuil, faisant pour une affection de cette nature une périnéorrhaphie, constata que des gaz rectaux filèrent un jour le long des fils et vinrent sortir par le périnée. M. Després, dans une autre occasion, enfonça par le périnée un trocart vers la fistule rectale. — Il y a longtemps qu'on a mis dans le rectum un tube pour faciliter la sortie des gaz. Une fois, M. Verneuil mit une sonde en caoutchouc, mais la malade eut des coliques vives. Ce tube n'est pas une condition bien favorable à l'expulsion des gaz, puisque, chez les laparotomisées, il ne suffit pas toujours et doit alors être remplacé par des injections boriquées. Toutefois, M. Quénu reconnaît qu'il peut rendre des services et ne le condamne pas absolument.

M. Pozzi, à propos de la dernière communication de M. Routier sur les *accidents consécutifs à la cautérisation de l'utérus par le crayon de chlorure de zinc*, rapporte aussi un cas démonstratif. Une femme, ainsi traitée, était prise, à l'époque de chaque période menstruelle qu'elle n'avait plus d'ailleurs, de douleurs atroces. Cette dysménorrhée très intense s'accompagnait d'une oblitération complète du col au niveau de l'orifice interne. Il n'y avait pas de dilatation des trompes. M. Pozzi enleva les ovaires et fit ainsi une véritable opération de Battey. Il ne trouva pas d'oblitération des trompes.

M. Segond. — Il est utile d'ajouter à ces accidents désastreux des résultats simplement déplorables qui sont encore plus nombreux. Il soigne actuellement 4 femmes traitées par la méthode de la cautérisation au chlorure de zinc; or ces 4 femmes ont tous les mois, à chaque période menstruelle, des accès douloureux qui ne cessent que par une dilatation progressive à l'aide des bougies d'Hégar. Trois des malades ont un rétrécissement cicatriciel haut situé, mais le col entr'ouvert.

M. Reynier a fait la même remarque que M. Segond.

M. Polaillon. — Ce moyen de traitement n'est pas, on le voit, sans danger. Il ne faut donc pas faire cette cautérisation au pied levé, d'une façon intempestive et trop énergique, chez les femmes jeunes surtout. D'ailleurs, M. Polaillon a prévenu depuis longtemps les praticiens qu'il ne fallait l'employer qu'avec une grande circonspection et qu'on devait apprendre à le faire. Cependant, il est souverain chez les vieilles femmes. Les malades de MM. Routier et Pozzi avaient peut-être des salpingites avant le traitement ; cela suffirait peut-être pour expliquer les troubles ultérieurs.

M. Pozzi prend acte de la déclaration capitale de M. Polaillon : c'est une *opération difficile*. Or, jusqu'ici, elle a été présentée comme très facile.— S'il y a salpingite probable, il faut encore bien plus rejeter la cautérisation, car, de cette façon, on s'expose à oblitérer les trompes et à déterminer l'aggravation des accidents. Si on fait le curetage, au contraire, on désobstrue les trompes et on a quelque chance d'améliorer un peu l'état de ces organes.

M. Segond est persuadé que les malades qu'il soigne n'avaient pas de salpingite avant la cautérisation.

M. Routier est du même avis. Il insiste à nouveau sur la forme des trompes qu'il a enlevées. Il n'est pas possible de croire que sa malade avait une salpingite au moment où elle a été traitée par le bâton de chlorure de zinc. En tous cas, le dosage de cette cautérisation est très délicat.

M. Polaillon. — D'ailleurs on peut diminuer dans une certaine mesure l'action du caustique au niveau du col ; il suffit de mettre un peu de collodion autour du bâton de chlorure de zinc, au point qui correspondra au col. Je répète que ce n'est pas là un moyen à la portée de tout le monde.

M. Pozzi. — L'existence ou la non-existence d'une salpingite avant la cautérisation a peut-être une certaine importance. S'il y a salpingite, il est possible que l'oblitération de l'utérus devienne une chose très grave et qu'il se passe quelque chose comme ce qui a eu lieu dans le cas de M. Routier, c'est-à-dire un enkystement du sang, un hématosalpinx. S'il n'y en a pas, il peut simplement ne survenir que de la dysménorrhée, comme dans mon observation. Il trouve illusoire la précaution prise par M. Polaillon : le caustique fuse trop facilement.

M. Polaillon. — C'est une exagération; le caustique ne fuse pas ; il cautérise sur place.

M. Monod a vérifié que M. Ziembecki a fait, au dernier *Congrès de Chirurgie* (1), une communication sur un *procédé de traitement des fistules recto-uréthrales chez l'homme* qui a une certaine analogie avec celui de Guérin pour les *fistules vagino-rectales*.

M. Bouilly. — Il ne faut pas traiter toutes les fistules recto-vaginales de la même façon. Ces fistules peuvent être divisées en deux grandes classes : 1° Les recto-vaginales, mais appartenant bien au rectum, consécutives à des abcès, des ulcérations, etc. Ce sont les fistules élevées, dont l'orifice siège au-dessus des sphincters. 2° Les fistules, les plus communes, conséquences d'un accouchement laborieux et dues à la cicatrisation incomplète de la déchirure périnéale ou de la plaie résultant d'une eschare. Ce sont ces fistules-là qui guérissent par des procédés qui n'ont rien de savant. Dans 7 à 8 cas, il a obtenu des succès par la simple périnéorrhaphie sans s'occuper des fistules.

M. Quénu trouve la classification de M. Bouilly un peu absolue, au point de vue étiologique ; il y a des fistules élevées qui sont des fistules consécutives à l'accouchement; elles peuvent être la conséquence d'eschares dues à la pression de la tête ou à une application de forceps faite à l'aveuglette.

M. Hortelоup fait un rapport sur une observation de M. Delorme (Val-de-Grâce). Il s'agit d'un malade atteint d'un *rétrécissement traumatique de l'urèthre*, impossible à guérir et contre lequel on avait fait 2 uréthrotomies internes, 2 divulsions, employé 2 fois de l'électricité et fait une uréthrotomie externe. M. Delorme se résolut, en désespoir de cause, à refaire, chez son malade, au point rétréci extirpé, un canal artificiel avec un peu de peau, par un procédé assez compliqué. Il eut un insuccès.

M. Chaput présente un malade atteint d'une *fracture de la rotule et présentant des troubles de la flexion*. Il a extirpé le fragment supérieur. Guérison.

M. Schwartz montre un *drain qu'il a retiré d'une plèvre*. Il y avait pénétré à la suite d'une thoracentèse et avait déterminé une fistule pleuro-bronchique. Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS.

Séance du 7 octobre 1890. — Présidence de M. Parinaud.

M. le Président annonce aux membres de la Société que M. le Dr Osio (de Madrid) assiste à la séance.

M. Darier communique l'observation d'une femme, âgée de 20 ans, atteinte d'un *ptérygion* qui offrait une grande analogie avec le catarrhe printanier et qui fut opéré trois fois. On observait une masse rougeâtre charnue s'avançant jusqu'au centre. M. Darier fit pendant quelque temps le massage avec la *lanoline hydrargyrique*. Les cornées se sont éclaircies peu à peu ; au bout d'un mois elles avaient repris leur transparence. Au voisinage du limbe, il n'est resté qu'un leucome blanchâtre.

M. de Wecker. — Il faut tenir compte de la période à laquelle le traitement a été entrepris. A mesure que le temps se rafraîchit, l'affection rétrograde, pour revenir aux chaleurs. Il faut donc voir comment cette affection se comportera à cette époque.

(1) Voir *Congrès de Chirurgie*, 1889, p. 295.

© ANM

M. Meyer. — A-t-on observé, dans ce cas, les granulations caractéristiques qui se voient dans le catarrhe printanier ?

M. de Wecker. — Ces productions sont des papillomes qui peuvent parfaitement exister dans le catarrhe.

M. Darier. — Ces granulations dont parle M. Meyer et que j'assimile aussi à un papillome, ne sont pas de la même nature que la conjonctivite printanière. Elles ne guérissent pas par la lanoline.

M. Valude lit un rapport de M. Jays (de Lyon) sur la *mesure de la convergence dans la vision binoculaire; choix d'une unité de convergence.*

M. de Wecker. — *La section et l'arrachement du nerf optique.* — Les recherches bactériologiques entreprises au sujet de l'ophtalmie sympathique tendent de plus en plus à faire admettre l'origine microbienne de cette affection et sa communication par le nerf optique. L'idée de chercher un autre procédé opératoire s'imposait dès lors. Il est évident que c'est sur le nerf optique et ses gaines, véritables voies de transmission, que doit porter l'intervention. Les recherches que j'ai faites à ce sujet prouvent que celle-ci doit se limiter à la résection du nerf. Les résultats qu'elle est appelée à donner me permettront de m'élever une fois de plus contre l'abus que l'on fait de l'énucléation. Mais il faut avant tout vulgariser cette opération en la rendant facile. Le procédé employé par Pagenstecher est compliqué. Pour éviter l'hémorragie, accident fréquent, j'ai pensé à me passer de la section du nerf et à la remplacer par l'*arrachement près du trou optique*, en prenant le nerf par un double crochet entrelacé. Les expériences que j'ai faites sur le cadavre ont servi à faire connaître les grandes difficultés que présente l'arrachement. En effet, je suis arrivé seulement à enlever le nerf optique près de son entrée dans le globe. Il existe quelques cas d'arrachement traumatique près de l'orbite. Les tentatives expérimentales sont en contradiction avec ces exemples; il est probable que la traction ne porte pas sur le nerf optique comme dans mes essais sur le cadavre. En présence de ces difficultés, il reste la seule ressource de perfectionner la simple résection (1).

M. Chauvel. — En pratiquant l'élongation du nerf optique, je n'ai jamais pu arriver à produire l'arrachement. Ceci confirme ce que vient de dire M. de Wecker.

M. Gillet de Grandmont. — On peut trouver rapporté dans les *Annales de la Société de médecine pratique* le cas d'une femme qui, dans un accès de folie, s'arracha le globe de l'œil et le jeta sous son lit. Il est donc possible de pratiquer l'arrachement.

M. de Wecker. — Il faut distinguer l'arrachement du nerf près de l'orbite de celui qui s'obtient assez facilement près de son insertion au globe ; il n'est pas question de ce cas particulier.

M. Galezowski. — *L'ophtalmie sympathique et son traitement.* — Permettez-moi, Messieurs, puisqu'il est question de l'ophtalmie sympathique à propos d'un nouveau procédé opératoire, d'intervenir dans le débat. On vous a cité les travaux de Deustchmann comme destinés à prouver que l'ophtalmie sympathique est d'origine microbienne et que le nerf optique et ses gaines sont le point de départ des accidents qui se produisent. Dès lors, il n'est plus question que d'ophtalmie migratrice, et l'on se contente de cette dénomination donnée à une affection qui pourtant est loin d'être autonome. A côté des examens histologistes allemands peuvent se placer ceux de M. Poncet, et je ne crains pas de les mettre en parallèle. Dans les nombreux cas qu'il a examinés, cet auteur n'a trouvé aucune trace de microbe ou d'inflammation dans le nerf optique et ses enveloppes. Il a seulement vu les altérations des nerfs ciliaires et la présence du Staphylococcus dans les vaisseaux lymphatiques. M'appuyant sur ces restrictions et les nombreux faits cliniques que j'ai pu recueillir, je me crois autorisé à rejeter la théorie exclusive de la migration et à admettre que c'est par les nerfs ciliaires et les vaisseaux lymphatiques que se fait le processus de l'ophtalmie sympathique. La transmission se fait par action réflexe dont le point de départ est dans les nerfs. On pourrait dire qu'il se développe une sorte de névrose. Qu'arrive-t-il en effet le plus souvent? Ce sont des douleurs périorbitaires quelquefois très vives dans l'œil sympathisé qui constituent les seuls symptômes, et cela parce que les nerfs ciliaires sont atteints. Si l'œil sain devient sensible, peut-on dire que cette complication soit due à l'infection microbienne? Si les lésions se développent dans le nerf optique, est-ce une névrite qui survient? Mais alors comment les partisans de cette théorie expliquent-ils les douleurs du globe? Elles n'existent pas dans la névrite optique, et je rappelle que les lésions trouvées par Poncet n'ont pas de rapport avec le nerf optique. Ce n'est pas tout. La névrite optique ne donne pas les autres symptômes que l'on trouve dans l'ophtalmie sympathique; je veux parler de la choroïdite, de la kératite, de l'iritis, des flocons du corps vitré. Je pourrais citer des cas, dans lesquels des accidents sympathiques sont survenus à la suite d'un traumatisme qui avait laissé complètement indemne le nerf optique. Rien ne prouve qu'il soit la voie directe de transmission. Il faut, je crois, résister à un entraînement fâcheux, et revenir à l'ancienne méthode. Il y a de nombreux cas pour lesquels l'énucléation est indispensable toutes les fois qu'il se produit dans l'œil sympathisé une lésion quelconque, et l'œil primitivement atteint a subi une notable altération. Si, au contraire, celui-ci a conservé sa forme, et si les accidents sont simplement nerveux, je n'hésiterai pas à employer le procédé opératoire qui a fait l'objet d'une communication à l'Académie, et qui consiste à faire la résection du nerf optique et le *débridement circulaire* du globe sous la capsule de Tenon.

M. de Wecker. — Il ne faut pas songer à substituer une méthode à une autre. Les recherches de M. Poncet, sur lesquelles M. Galezowski étage sa théorie, ne sont pas exemptes de toute critique. Elle manque de base solide, puisqu'elle repose sur deux points contradictoires,

M. Meyer. — On ne distingue pas assez la théorie et les applications pratiques. Il doit y avoir une opération préventive et une autre curative.

M. Gillet. — Depuis 20 ans il ne m'est pas arrivé de faire une énucléation pour une ophtalmie sympathique. Je fais toujours l'amputation du segment antérieur qui comprend le corps ciliaire ; je préviens ainsi les accidents.

M. Despagnet. — De tels faits donnent raison à la théorie de la transmission par les voies ciliaires.

M. Valude. — J'ai observé un cas où l'œil sympathisé a été perdu, tandis que l'œil sympathisant, dont l'iris avait été décollé par un traumatisme, est revenu à l'état normal.

M. Galezowski. — M. de Wecker fait la part trop belle aux histologistes allemands et refuse toute compétence à M. Poncet, dont les travaux en histologie oculaire ont une valeur réelle. Je lui demande sur quel criterium il se base pour formuler ses préférences.

M. de Wecker. — Je ne suivrai pas M. Galezowski sur ce terrain. Nos discussions doivent avoir un intérêt exclusivement scientifique et s'éloigner de toute question personnelle.

M. Galezowski. — Je ne fais pas allusion à des questions de cet ordre. Mais la critique formulée par M. de Wecker contre un histologiste français m'a paru exagérée. D'autre part, je lui répondrai que les propositions que je viens d'émettre sont précises. Je distingue deux variétés d'ophtalmie sympathique, l'une sans lésions et contre laquelle j'emploie de préférence le *débridement circulaire*, l'autre qui s'accompagne d'altérations du globe sympathisé et qui est justiciable de l'énucléation.

E. Koenig.

(1) La seconde partie de cette communication sera lue à la prochaine séance.

Chambres frigorifiques pour la conservation des viandes. — On sait que des chambres frigorifiques ont été installées dans les sous-sols de la Bourse du commerce pour expérimenter un système de conservation des viandes fraîches. Ce système est loin de donner jusqu'à présent de brillants résultats, car les viandes, si l'on en juge par les émanations, paraissent se corrompre facilement. Il paraît que ces chambres frigorifiques sont aussi défectueuses que possible ; aucune ventilation n'y aurait été prévue, non plus qu'aucun réglage de température. La machine frigorifique ne serait secourue par aucun autre moteur à froid capable de maintenir la température dans les chambres, d'ailleurs mal isolées, et où la température monte rapidement.

© ANM

REVUE DE DERMATOLOGIE

I. — Brocq. **Traitement des maladies de la peau avec un abrégé de la symptomatologie, du diagnostic et de l'étiologie des dermatoses.** — Paris. O. Doin, éditeur, 1890.

II. — Petrini. **Traitement de la syphilis par le tannate de mercure.**— 1889, F. Alcan.

III. — Bertarelli. **Traitement et prophylaxie de la teigne.** — Milan, 1890, R. Patronato.

I.— J'ai voulu, dit M. Brocq, faire un ouvrage essentiellement pratique, s'adressant à la grande masse des médecins. Mon but est de vulgariser le traitement des maladies de la peau : j'ai donc surtout insisté, avec certains détails, sur la thérapeutique des dermatoses, mais j'ai cru nécessaire d'exposer les principaux symptômes, le diagnostic et l'étiologie de chacune de ces affections; car, pour les bien soigner, il faut avant tout savoir les reconnaitre et en comprendre la pathogénie. Ce que l'auteur ne dit pas et ce que sa grande modestie ne nous pardonnera peut-être pas d'affirmer ici, c'est que ce n'est pas seulement un livre pratique qu'il nous donne, s'adressant, comme il le dit, à la grande masse des médecins; c'est un monument scientifique tel qu'il y a longtemps que nous n'en avons vu de semblable, qui fait le plus grand honneur, non seulement à celui qui l'a édifié, mais encore à l'Ecole de St-Louis tout entière et qui pourrait être aussi bien dédié aux dermatologistes les plus consommés qui y trouveraient encore à apprendre. Il serait imprudent de chercher à donner ici une analyse de cet ouvrage : je veux seulement en indiquer la place. A voir le titre, je le répète, beaucoup trop modeste, de ce traité, personne ne se douterait qu'il est, en réalité, un compendium des maladies de la peau. C'est, en effet, un véritable dictionnaire dans lequel l'histoire de toutes les affections cutanées se trouve tracée avec cette précision, cette clarté, ce tout-savoir, qui caractérisent tous les travaux de M. Brocq. C'est en lisant les articles de fonds: eczéma, dermatites, lichen, pemphigus, pityriasis rubra, etc., etc., que l'on appréciera toutes ces qualités en même temps que l'on se rendra compte de la somme prodigieuse de travail que l'auteur a dû fournir. A la manière d'un dictionnaire, la description des maladies suit l'ordre alphabétique. Or, voici ce qui m'est arrivé ces jours derniers. J'ai été consulté par un jeune homme atteint d'une folliculite de la barbe : j'ai ouvert le livre de M. Brocq à l'article folliculite, et là, j'ai trouvé, en vingt pages, la description la plus claire et aussi la plus scientifique de cette question encore si peu connue des états sycosiques. J'avais devant les yeux le portrait de mon malade; mais ce qui, en ce moment, m'intéressait surtout, c'était le traitement. Dans nos livres classiques, on nous dit : employez ceci, employez cela, comme d'autres médecins disent à leurs malades : Faites de l'hydrothérapie ou faites-vous électriser, sans vous dire comment. En lisant le chapitre traitement, au contraire, j'ai trouvé les plus minutieux détails sur le traitement général, puis sur le traitement local à proposer à mon malade, sur les topiques actifs à employer, et enfin le résumé de la conduite que je devais tenir en présence de ces sycosies. Mon malade est parti enchanté de voir que j'avais tant de préparations à lui offrir. Quant à moi, j'ai terminé l'article et j'ai appris à connaître les folliculites, chapitre de pathologie cutanée que j'ignorais totalement, je l'avoue, avant cette lecture. Que ceux qui le connaissent sans avoir lu le travail de M. Brocq me jettent la première pierre. Tous les chapitres sont traités avec le même soin. Des formules thérapeutiques variées et revues par M. Leclerc, pharmacien de 1re classe, ce qui, pour le dire en passant, est une excellente idée; la marche à suivre dans le traitement de telle ou telle maladie; des renseignements précis sur les caractères que revêt dans ses différentes formes la dermatose qui se présente: voilà autant de traits que nous ne rencontrons pas habituellement dans les livres classiques et qui donnent à ce traité un cachet original, un aspect de non encore vu. C'est bien là une œuvre qui ne ressemble pas aux autres et dont l'auteur peut se mettre d'ores et déjà à préparer la seconde édition.

II. — Toutes les préparations de mercure peuvent être employées dans le traitement de la syphilis. Il en est cependant qui sont mal tolérées ou qui sont même suivies d'accidents. Le tannate de mercure (employé pour la première fois par le Dr Casanow, de Moscou), tout en ayant une action plus active que les autres sels de mercure, n'en a pas les inconvénients. La stomatite mercurielle, notamment, n'a été observée qu'exceptionnellement. Le Pr Petrini se sert de pilules de 0,10 centigr. de tannate de mercure. Il en donne d'abord une par jour ; après une douzaine de jours il en donne deux. Les malades étaient ainsi traités vingt-cinq à trente jours, jusqu'à ce que les accidents eussent totalement disparu. Parmi plus de 200 malades ainsi traités, presque tous ont bien supporté le médicament et il n'a observé de stomatite que chez quelques femmes anémiques, à mauvaise dentition. Si l'on prend pendant quelques jours 10 centigr. seulement, puis 20, on peut suivre ainsi le traitement pendant un mois sans avoir à craindre les accidents du côté de la bouche. Néanmoins, comme le tannate de mercure s'élimine abondamment par la bouche, le Pr Petrini recommande d'employer le gargarisme au chlorate de potasse, cela surtout dans ces cas de syphilis grave où l'on est obligé de recourir à des doses atteignant 0,25 centigr. de tannate de mercure par jour. L'auteur commence le traitement dès que le diagnostic de chancre induré est incontestable, et il se rallie à la méthode du Pr Fournier, traitement méthodique et longtemps continué. Pendant la première année, le malade prend du tannate de mercure pendant quatre ou cinq mois, en faisant alterner les périodes de repos et en diminuant à chaque reprise de la médication les doses de mercure. Pendant la seconde et la troisième année, le malade prend de l'iodure de potassium, et, de temps en temps, un peu de tannate de mercure. Comme le dit le Pr Fournier, à une maladie chronique, il faut un traitement chronique, et c'est à ce sage précepte que se range le Pr Petrini.

III. — On sait combien il est difficile d'obtenir la guérison *réelle* de la tricophytie du cuir chevelu. La plupart des méthodes employées jusqu'ici n'ont pas donné de résultats bien satisfaisants. Dans ces derniers temps, quelques autres médications ont été proposées, qui semblent devoir être jugées plus favorablement. Le Dr Bertarelli les a essayées et il indique le mode de traitement qu'il emploie à Milan, suivant une méthode qui lui paraît supérieure aux autres. Il se sert de la calotte de poix, méthode qui peut paraître barbare, mais qui, en réalité, est moins douloureuse que l'épilation à la pince et qui a sur cette dernière l'avantage d'exercer une traction douce et régulière, ce qui fait que les cheveux ne cassent pas. Elle s'oppose en outre à l'auto-inoculation du malade et à la diffusion de la maladie au dehors. Pour tous ces motifs, il est revenu à cette méthode injustement abandonnée d'après lui. Il fait d'abord couper les cheveux aussi ras que possible, puis il applique des bandelettes de poix dépilatoire, dont voici la composition.

Résine de pin	30
Poix noire.	8
Térébenthine de Venise.	2
Axonge.	1

Après un jour ou deux, on enlève ces bandelettes qui entraînent un grand nombre de cheveux. On peut avec une pince enlever ceux qui restent, et cela facilement par suite de la macération qu'a subie le follicule pileux : il résiste bien moins à l'action de l'opérateur. Cette épilation ne se fait d'ailleurs qu'une fois, l'emplâtre suffisant à maintenir parfaitement lisse et épilé le cuir chevelu. A chaque nouvelle application, on étend davantage la surface en traitement pour habituer la malade à avoir la tête recouverte d'une véritable calotte de poix, résultat auquel on arrive en 15 jours environ. On ne renouvelle alors le pansement que tous les trois ou quatre jours, et chaque fois on fait une lotion au savon, puis une friction au sublimé et un badigeonnage à la solution de Lugol. Sauf dans les cas où la limitation de l'affection est très évidente, l'auteur pratique une épilation totale pour ne pas s'exposer à trouver malade une place qui deux ou trois mois auparavant paraissait saine. La guérison *durable* est obtenue dans un temps qui varie de six mois à un an.

Paul Raymond.

© ANM

BIBLIOGRAPHIE

Transactions of the Association of American Physicians. 3e volume.

La Société des médecins américains vient de faire paraître le troisième volume de ses Comptes rendus, qui contient, comme les deux précédents, un certain nombre d'articles assez intéressants dans les diverses branches de la médecine. Toutes les communications sur le même ordre de questions étant groupées ensemble, on se rend mieux compte des points qui intéressent plus particulièrement les médecins américains. C'est ainsi que plusieurs articles de MM. Johnston, Hutchinson, Ross, sont consacrés à la distribution géographique de la fièvre typhoïde et à ses rapports avec les fièvres d'origine palustres, à la convalescence de la fièvre typhoïde et à différentes suites pouvant affecter les divers appareils, et enfin à une étude intéressante de quelques formes de paralysies consécutives à la fièvre typhoïde, spécialement celles dues à la névrite périphérique qui, chez eux comme ici, occupe beaucoup les esprits.

M. Forcbheimer étudie la surcharge graisseuse du cœur et en présente une description clinique et anatomique complète, basée sur 122 cas dont 3 personnels. M. Donaldson examine la valeur diagnostique du murmure présystolique. On trouve également deux articles de Robert Edes et de Janeway sur l'insuffisance rénale dans le diagnostic et le pronostic des affections de la vessie.

Pour les maladies des reins, nous trouvons encore des études sur les modifications cardiaques dans la maladie de Bright, les rapports de la néphrite interstitielle avec l'angine de poitrine dont on devrait chercher l'origine dans le système nerveux. Da Costa étudie le traitement des maladies valvulaires et passe en revue les différents remèdes employés. Baumgarten présente une étude sur le rythme cardiaque et le rapport de ses troubles avec leur cause, ainsi que leur valeur diagnostique. Seguin, dans un important travail sur les lésions trophiques et leurs rapports avec les maladies du système nerveux, établit les quatre propositions suivantes:

1° Il est physiologiquement prouvé que le système nerveux affecte directement la nutrition générale ; 2° des lésions variées sont le résultat immédiat des maladies des nerfs spontanés ou traumatiques ; 3° une lésion à distance peut suivre une affection spontanée ou traumatique du nerf sans aucun trouble préalable de la circulation locale ; 4° les altérations des centres vaso-moteurs ne sont pas capables de causer quelques-unes des lésions à distance qui suivent les maladies ou les traumatismes du système nerveux.

Miles étudie les résultats du choc médullaire sur les réflexes à l'aide de cinq cas.

Dans un important travail accompagné de nombreuses planches, Jacobi étudie l'anatomie et la pathologie du thymus, avec 10 cas personnels.

L'étiologie de la fièvre jaune (Sternberg), un cas d'empyème pulsatile (Osler), la médication antiseptique, la thérapeutique de la phtisie pour laquelle Robinson préconise la créosote, ainsi qu'une note sur les fièvres continues dans la vallée du Mississipi, terminent le volume.

En somme, on pourra consulter avec fruits cette collection nouvelle, qui va s'enrichissant et s'augmentant chaque année, et qui, dans quelques années, comptera parmi les bons recueils étrangers à consulter. P. S.

Cours élémentaire d'Anatomie générale et notions de Technique histologique; par J. Arloing, revisé et publié par Lesbre. — Paris, Asselin et Houzeau, éd ; 1890.

Quoique dans sa préface M. Arloing dise que le nouveau livre qu'il vient de publier n'a aucune prétention que celle d'aider les élèves à leur début, nous pensons qu'il s'agit là d'un ouvrage excellent, d'une grande portée et tout entré dans la tradition philosophique que les sciences d'anatomie en France suivent depuis Bichat. L'étude des éléments y est faite dans le sens le plus large. Ce n'est pas seulement la description pure et minutieuse de ce que peut donner le microscope ; c'est de plus l'exposé du lien qui rattache cet élément aux autres, de ses propriétés physiologiques et chimiques, de sa place dans l'ensemble. Au lieu de décrire d'abord les tissus, puis les organes, l'auteur a pris un plan plus synthétique : il a classé ses matières d'après l'embryogénie et décrit en même temps, à propos de chaque système, la structure et la texture, l'histologie des éléments et celle des organes. La technique occupe un appendice court mais précis. Pour donner une idée de la façon dont l'ouvrage est disposé, prenons l'étude du tube digestif. L'embryologie nous montre la formation du tube digestif et de ses annexes aux dépens de la splanchnopleure. Nous étudions ensuite les caractères généraux des muqueuses dérivées de la splanchnopleure, le chorion, les villosités, l'épithélium, le rôle absorbant et sécrétant de ces parties. Puis nous entrons dans le détail pour l'estomac et l'intestin, avec leurs glandes différenciées pour le foie et le pancréas, qui sont dérivées du tube digestif. L'étude ainsi faite est une synthèse harmonique et complète où tout se tient. Quelques parties, la peau, le pied, par exemple, sont traitées dans cet ouvrage, qui est sorti d'un cours à l'Ecole vétérinaire, avec un certain nombre de détails particuliers nécessités par cet enseignement, mais cela, même pour les médecins, donne plus de ragoût à l'ouvrage, en y introduisant des notions que nous ne trouvons pas dans les livres courants. En somme, c'est un livre indispensable à tout histologiste, qui veut être autre chose qu'un praticien sans portée, et qui fait honneur à la science française et à l'Ecole de Lyon. A. Pilliet.

Contribution à l'étude de la physiologie du foie; par M. Rodriguez. — Thèse, Paris, 1890. Jouve, éd.

Ce travail remarquable est un essai sur la physiologie tout entière de la glande hépatique ; c'est donc une étude générale dont voici les principaux résultats : Le foie a pour fonction principale d'assimiler les matériaux nutritifs qui lui parviennent par l'intermédiaire de la veine porte, sous forme de peptones, de sucre et de graisse. Il les assimile pour les restituer au fur et à mesure des besoins de l'organisme : glycogène, graisse, etc., et ces transformations successives ont pour corollaire obligé la formation des principes extractifs dont les uns s'éliminent par la voie biliaire, pigments, cholestérine, sels biliaires et dont les autres rentrent dans la circulation pour s'éliminer ultérieurement par le rein, comme l'urée. L'important était de savoir comment le système nerveux règle ces échanges et ces transformations. Pour M. Rodriguez, elles sont réglées par des réflexes qui ont pour trajets principaux le pneumogastrique et le splanchnique. Le pneumogastrique serait surtout le nerf de nutrition de l'organe, celui qui préside à l'accumulation des matériaux, et le splanchnique, le nerf de fonction ou de décharge. L'influence du système nerveux paraît s'exercer par des actions vaso-motrices portant surtout sur l'artère hépatique. Ce travail repose sur une série d'expériences faites au laboratoire de M. Rouget, au Muséum.

A. Pilliet.

Encore sur l'athétose double; par R. Massalongo. — *Rivista Veneta di Scienze Mediche*, 1890.

L'auteur, après avoir donné un résumé rapide et complet de nos connaissances sur l'athétose double au point de vue clinique, rapporte d'abord les 4 observations publiées par lui dans un travail antérieur sur l'athétose double, et y ajoute quelques renseignements sur l'état actuel ; il fait suivre ces quatre observations de trois autres personnelles et encore inédites. Au point de vue anatomo-pathologique, l'auteur pense qu'il s'agit primitivement d'une lésion des circonvolutions cérébrales pouvant s'accompagner d'un processus de dégénération secondaire descendante, de telle sorte qu'en réalité l'athétose double peut être considérée comme une affection cérébro-spinale. C'est une irritation ou une lésion de la cellule cérébrale motrice qui serait la cause des mouvements anormaux ; cependant ceux-ci pourraient également se montrer lorsqu'il y a lésion seulement des fibres conductrices dans la moelle ; c'est ainsi que l'auteur rapporte un cas unique jusqu'ici où il aurait vu l'athétose double se manifester à l'occasion et dans le cours d'une paralysie spinale infantile. De nombreuses gravures, d'après des photographies, augmentent encore l'intérêt de ce travail. P. Marie.

© ANM

VARIA

Faculté de médecine de Paris.

Inscriptions, consignations et travaux pratiques.

(1er Trimestre de l'année scolaire 1890-91.)

I. — *Inscriptions.* — Le registre d'inscriptions sera ouvert le jeudi 16 octobre. Il sera clos le samedi 22 novembre, à 3 heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à 3 heures de l'après-midi : 1° Inscriptions de première, de deuxième et de troisième années de doctorat; de première et de deuxième années d'officiat, les jeudi 16, vendredi 17, samedi 18, mercredi 22, jeudi 23, vendredi 24, samedi 25, mercredi 29, jeudi 30, vendredi 31 octobre, et les mercredi 5, jeudi 6, vendredi 7, samedi 8, mercredi 12, jeudi 13, vendredi 14, samedi 15 novembre. 2° Inscriptions de quatrième année de doctorat, de troisième et quatrième années d'officiat, les mercredi 19, jeudi 20, vendredi 21 et samedi 22 novembre. MM. les Etudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours et heures ci-dessus désignés. L'inscription trimestrielle ne sera accordée en dehors de ces dates que pour des motifs sérieux et appréciés par le Conseil de la Faculté.

MM. les Etudiants sont priés de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté ; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leurs inscriptions. Les numéros d'ordre pour les inscriptions de 4e année de doctorat et de 3e et 4e années d'officiat (soumises au stage) ne seront distribués qu'à partir du mardi 18 novembre 1890.

Avis spécial à MM. les Internes et Externes des Hôpitaux. — MM. les Etudiants, 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 1889-1890. Ce certificat doit être visé par le Directeur de l'Etablissement hospitalier auquel l'Etudiant est attaché. Ces formalités sont de rigueur : Les inscriptions seront refusées aux Internes et Externes des Hôpitaux qui négligeraient de les remplir.

II. — *Consignations pour Examens.* — Les bulletins de versement des droits de consignation pour tous les Examens seront délivrés, à partir du 13 octobre, le lundi et le mardi de chaque semaine, de midi à 3 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 13 et le mardi 14 octobre, conformément à l'avis déjà donné au mois de juillet. Les consignations pour examens de fin d'année ne seront reçues que sur présentation d'une autorisation spéciale : Sont dispensés de cette autorisation les élèves ajournés en juillet.

III. — *Travaux pratiques.* — Les travaux pratiques sont obligatoires ou facultatifs. Ils sont obligatoires pour tous les Etudiants aspirant au Doctorat ou à l'Officiat. Ils sont facultatifs pour les Etudiants 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 Etudiants ayant 16 inscriptions ; 2° Les Docteurs français ; 3° Les Docteurs et Etudiants en médecine 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'Etudiants.* — Les cartes d'Etudiants, pour l'année scolaire 1890-1891, seront délivrées au Secrétariat de la Faculté, aux jours et heures indiqués pour les inscriptions et consignations.

Le Choléra.

Le Choléra en France. — a). *Frontière espagnole.* Du 19 septembre au 3 octobre, les ports français ont reçu 118 navires venant d'Espagne avec 1,956 marins et 89 passagers. Il a été procédé à 127 opérations de désinfection. Pendant le même temps le nombre des voyageurs arrivant d'Espagne a été de 12,210, dont 5,003 par Hendaye et 1,547 par Cerbère. Le nombre des opérations de désinfection a été de 1,066. — Les postes sanitaires de Gabas et de Fos sont devenus inutiles et, sur la proposition de MM. les docteurs Netter et Charrin, ils ont été supprimés. Un voyageur atteint d'une maladie très suspecte a été retenu à Cerbère et soigné à l'infirmerie. Sa santé s'étant améliorée il est rentré en Espagne. — b). *Le choléra à Lunel.* Le 24 septembre, une dépêche du préfet de l'Hérault annonçait un décès cholérique à Lunel et ajoutait que la maladie avait été importée par un individu venant d'Espagne, malade lui-même, mais en voie de guérison. M. le docteur Charrin fut invité à se rendre immédiatement à Lunel ; ce qu'il fit. Il compléta les mesures prophylactiques prises par le médecin des épidémies, M. le docteur Hamelin, professeur à la Faculté de Montpellier. Le 26, M. Charrin télégraphia que toutes les précautions étaient prises et que le mal était arrêté. Il l'était, en effet, puisque la mort remontait au 23 septembre et que depuis il n'y a pas eu de nouveau cas. Un négociant en vins, propriétaire, M. C....., était allé faire une tournée d'achats dans la province de Valence. Quand, à son retour, le 15 septembre, il passa au poste de Cerbère, rien ne fit voir qu'il était malade. Mais le 18, il fut obligé d'appeler son médecin. Il habitait un quartier où le choléra avait sévi en 1884 et en 1885. Le fléau a fait, en effet, à Lunel, 59 victimes en 1884 et 47 en 1885. Le lundi 22 septembre, la mère de ce négociant fut prise du choléra à midi et demie ; elle mourut à minuit et fut enterrée le mardi à dix heures du matin. Dans cette affaire, la municipalité s'est trouvée en faute, n'ayant pas fait, comme l'ordonnait le décret du 2 juillet 1890, visiter le voyageur dès le jour de son arrivée. D'après les instructions de M. le ministre de l'intérieur, l'adjoint, faisant alors fonction de maire, a été suspendu pour quinze jours. L'arrêté rappelle les termes du décret et ajoute :

Considérant que le maintien de la santé publique en France dépend de l'exécution par toutes les autorités du décret susvisé et principalement de la stricte application de l'article 1er de ce décret ;

Considérant qu'un habitant de Lunel est rentré en France le 15 septembre dernier, venant d'Espagne ; qu'à la gare de Cerbère il a reçu le passeport sanitaire qu'il avait l'obligation de présenter à la mairie de Lunel et qu'il y a en effet présenté ; qu'en même temps le directeur du poste sanitaire a avisé par carte postale la municipalité de Lunel de l'arrivée de ce voyageur ;

Considérant que cependant M. X..., adjoint, faisant les fonctions de maire de Lunel, a négligé de faire procéder à la visite prescrite par le décret du 2 juillet 1890 et a ainsi manqué, d'une manière grave, aux devoirs dont il avait accepté la charge ;

Arrête, etc...

Le Choléra en Espagne. — Le choléra semble avoir complètement disparu de la province d'Alicante. A Valence, la situation est sensiblement la même qu'il y a huit jours : on a compté 14 décès le 1er octobre, 10 le 2, 13 le 3. A Barcelone, il n'y a eu aucun cas. On a constaté le 6 octobre 34 cas de choléra et 21 décès dans les provinces d'Albacète, Castellon, Cuenca, Tarragone, Tolède et Valence, et, le 7, 43 cas et 16 décès. On signale, à Isasondo, village près de Tolosa, des cas de typhus qui présentent des caractères alarmants. Des mesures sont prises pour empêcher l'extension du mal.

Le Choléra en Syrie. — Les vilayets de Diarbekir, de Van et de Mossoul sont déclarés indemnes par les autorités turques. Mais le vilayet d'Alep est très sérieusement infecté ; les villes atteintes sont Alep, Orfa et Meskéné. D'après les comptes rendus officiels, le nombre des décès dans ces trois villes s'élevait, au 29 septembre, à 152 à Alep, 5 à Orfa et 43 à Meskéné. De renseignements venus d'Alep même, il résulte qu'à Alep seulement le nombre des décès était, au 29 septembre, de 85 et de 184 au 3 octobre.

Le Choléra dans la mer Rouge. — Le choléra paraît avoir entièrement disparu des possessions turques de la mer Rouge, de Camaran et du Hedjaz. Il ne s'agit donc plus que de surveiller le retour des pèlerins. On continue à appliquer avec une rigueur méthodique les mesures adoptées par le Conseil international d'Alexandrie et par le gouvernement égyptien, sur la proposition du médecin français, M. le Dr Catelan. Tout donne lieu d'espérer que, grâce à elles, l'Egypte sera cette fois préservée du fléau.

Les caravanes de terre qui remontent par la Palestine sont arrêtées dix jours à Aïn-Zerka, un peu au nord de la mer Morte. Cette station faite, elles ont encore cinq jours de marche pour arriver à Damas. Cinq cents pèlerins sont ainsi arrivés à Damas le 3 octobre et, d'après les assurances données par le médecin sanitaire ottoman et par les autorités locales, leur santé serait bonne. Si l'épidémie de la Mecque n'a pas d'autre conséquence, il y aura d'autant plus lieu de s'en féliciter que cette épidémie aura été terrible. Le nombre des décès officiellement constatés à Djeddah et à la Mecque a été de 4,171, chiffre qu'il faut porter à 6 ou 7,000, si l'on ajoute les cas mortels des caravanes se rendant de la Mecque à Médine, et ceux de Lith, de Coufoudah et de

© ANM

Taif. Mais ce dernier chiffre est encore très loin de la vérité, et l'on ne peut faire aucun fonds sur les déclarations officielles. Voici des chiffres plus certains, bien qu'approximatifs : il a été débarqué à Djeddah et à Yambo 43,000 pèlerins ; à la date du 20 août, 15,000 avaient été rapatriés ; il en restait 4,000 à Djeddah et 7,000 à Yambo. Donc, morts ou disparus, 17,000, soit 40 0/0 ; et ceci ne s'applique qu'à ceux qui ont voyagé par mer, lesquels ne font qu'environ le quart du nombre total des pèlerins. Nous n'avons aucun moyen de connaître la mortalité des pèlerins venus par la voie de terre. Malheureusement, il reste 2,500 pèlerins mendiants qui, chassés de la Mecque, se sont réfugiés à Djeddah et que l'on n'a pas les moyens de rapatrier. D'autres circonstances contribuent à entretenir Djeddah dans un déplorable état sanitaire. Un médecin a découvert une maison où l'on avait emmagasiné les haillons des pèlerins morts du choléra, pour les vendre plus tard. Il a fallu dix voitures pour transporter cette pourriture hors de la ville, où tout a été brûlé. Mais il y a sans doute d'autres recéleurs.

Une dépêche annonce que l'état sanitaire s'est sensiblement amélioré à Aden, où avaient été constatés un certain nombre de cas de choléra. Mais, en raison de cette épidémie à Aden, toutes les provenances de ce port sont considérées comme infectées, et le règlement, ainsi que les instructions récentes contre le choléra, leur seront appliqués dans tous les ports de France.

Les Mesures sanitaires contre le Choléra. — La cour de Paris vient d'avoir, à son tour, à se prononcer sur l'application des prescriptions légales relatives aux voyageurs venant d'Espagne.

M. V..., ingénieur, et M. H..., chez lequel il logeait, ayant été condamnés par le tribunal correctionnel de la Seine (1), chacun à trois jours de prison et 25 francs d'amende pour ne pas avoir satisfait aux dispositions des décrets de 18 et 28 juin 1890, ont interjeté appel. M. V... a soutenu devant la cour qu'il n'avait fait que franchir les Pyrénées ; qu'en repassant la frontière il avait subi la visite imposée et obtenu la délivrance d'un passeport sanitaire ; que son parfait état de santé avait été de nouveau constaté à Paris ; que, dans ces conditions, la condamnation prononcée contre lui était véritablement excessive. Quant au logeur, il expliquait que M. V... n'était pas un voyageur de passage, mais un de ses pensionnaires depuis de longues années, ayant l'habitude de s'absenter pour ses affaires sans dire où il allait et qu'on avait ainsi ignoré son voyage en Espagne.

La Cour (Chambre des appels correctionnels) n'a pas admis ces explications ; et, jugeant qu'en pareille matière l'article 463 du Code pénal sur les circonstances atténuantes n'est point applicable, elle a confirmé purement et simplement la décision des premiers juges.

École du service de Santé militaire (Lyon).

Liste, par ordre de mérite, des candidats admis à cette École à la suite du concours d'admission de 1890.

Candidats à huit inscriptions. — 1 Bodin, 2 Terrasse, 3 Maginelle, 4 Bichelonne, 5 Beaussenat, 6 Gorse, 7 Duhaut, 8 Mongenot, 9 Perrogon, 10 Lair, 11 Hotchkiss, 12 Chevron, 13 Vincent, 14 Haller, 15 Guinier.

Candidats à quatre inscriptions. — 1 Duroselle, 2 Lefebvre, 3 Roussel, 4 Carbonnier, 5 Picqué, 6 Laval, 7 Daussat, 8 Montalti, 9 Doizy, 10 Féraud, 11 Gandar, 12 Remlinger, 13 Vuillard, 14 Fleury, 15 Lanne, 16 Breuil, 17 Rispal, 18 Marlier, 19 Haury, 20 Guichemerre. 21 Zimmermann, 22 Colomb, 23 Lesnés, 24 Drouineau, 25 Dénommé, 26 Mathieu, 27 Bourlange, 28 Lesterlin, 29 Jaéglé, 30 Jaffary, 31 Riol, 32 Clavelier, 33 Walh, 34 Védrines, 35 Bouffandeau, 36 Huber, 37 Calba, 38 Roux, 39 Jenny, 40 Vidal. 41 Champon, 42 Sexe, 43 Jirou, 44 Mennessier, 45 Massenet, 46 Vigerie, 47 Lemarchand, 48 Delon, 49 Décuyper, 50 Paris, 51 Cathoire, 52 Gallay, 53 Leymarie, 54 Pinot, 55 Ricaud, 56 Quilly, 57 Mialaret, 58 Camson, 59 Guichard, 60 Pozet, 61 Jourdan, 62 Gras, 63 Delmas, 64 Faure, 65 Husson, 66 Palet, 67 Viguier.

Tous les élèves de la première catégorie et les vingt-cinq premiers de la deuxième devront se présenter à l'école le 23 octobre courant, soit de huit à dix heures du matin, soit de deux à quatre heures de l'après-midi. Les autres se présenteront le lendemain 24 octobre, aux mêmes heures.

(1) Voir les numéros précédents du *Progrès Médical*.

Hôpital et Dispensaire de Saint-Romain de Colbosc.

(Inauguration).

L'inauguration de l'hôpital de Saint-Romain, qui a eu lieu cette semaine, est une nouvelle étape de l'organisation de l'assistance médicale dans les campagnes. Un dispensaire établi sur le modèle de celui que la ville du Havre doit à l'intelligente initiative du docteur Gibert, et dont nous avons eu déjà l'occasion d'exposer le fonctionnement, forme en quelque sorte l'antichambre de cet hôpital.

L'argent qui a servi à édifier les deux constructions a des sources diverses : celui employé à la construction de l'hôpital provient de dons et legs dont les principaux sont dus à la générosité de M^lle^ Lebreton, qui inscrivit dans son testament qu'elle consacrait 50.000 francs et une propriété à la création d'un hospice-hôpital, « à condition que l'établissement serait cantonal et que les blessés sur le territoire du canton devraient y être admis d'urgence » ; celui qui a servi à la construction du dispensaire provient des fonds prélevés sur le pari mutuel des courses.

Le Ministre de l'intérieur s'était fait représenter à la cérémonie par M. le D^r^ Napias, inspecteur général de l'assistance et de l'hygiène publiques. Le préfet de la Seine-Inférieure, M. Hendlé, y assistait également ainsi que MM. Jules Siegfried et Félix Faure, députés. Des discours importants ont été prononcés.

L'Hygiène à Lyon (1).

CONSEIL D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE SALUBRITÉ DU DÉPARTEMENT DU RHÔNE. — INSTRUCTION CONCERNANT LA DÉSINFECTION DANS LE CAS DE MALADIES CONTAGIEUSES OU ÉPIDÉMIQUES.

I.— Précautions à prendre par l'entourage des malades.

Les personnes qui soignent les malades auront des vêtements spéciaux qu'elles quitteront : 1° au moment de sortir dans la rue ; 2° pendant la durée des repas ; 3° lorsqu'elles devront se trouver en contact avec les personnes bien portantes de la maison. Elles se laveront les mains fréquemment, surtout avant le repas, avec du savon et une grande quantité d'eau renouvelée plusieurs fois.

II. — Désinfection des ustensiles qui servent aux malades.

Les tasses, bols, assiettes, cuillers, etc., dont les malades se sont servis, seront rigoureusement nettoyés à l'eau bouillante, et on veillera à ce qu'ils ne soient pas utilisés par d'autres personnes. Les restes d'aliments laissés par les malades ne doivent jamais être consommés par les personnes en bonne santé.

III. — Désinfection des matières rendues par les malades.

Les vomissements et les selles seront immédiatement mélangés à un verre d'une solution acidulée de sulfate de cuivre (eau, 100 gr. ; sulfate de cuivre, 2 gr. ; acide sulfurique ordinaire, 4 gr.), puis jetés dans les cabinets. Les vases où ces matières ont été reçues seront, en outre, rincés aussitôt : d'abord avec un second verre de solution acidulée de sulfate de cuivre, puis avec une grande quantité d'eau ordinaire. A la campagne, les matières seront enfouies dans le sol, après désinfection, loin des cours d'eau, des sources ou des puits qui servent à l'alimentation ou à des usages domestiques. Si les matières ont été répandues sur le parquet, elles seront absorbées avec de la sciure de bois que l'on fera brûler aussitôt. La tache sera lavée avec une éponge ou un torchon imprégnés d'eau phéniquée à 2 0/0. Ces objets seront ensuite projetés dans un baquet d'eau phéniquée, dont il sera question bientôt. Si les matières ont souillé les draps de lit, des serviettes ou des mouchoirs, on plongera ces objets le plus tôt possible dans l'eau phéniquée et on les traitera comme les autres pièces de linge. (*Voir ci-après*).

IV. — Désinfection du linge dans le cours de la maladie.

Le linge de corps, les serviettes, les mouchoirs, les draps de lit seront désinfectés dans la maison avant d'être soumis au blanchissage. Pour cela, aussitôt qu'ils auront cessé de servir, qu'ils soient souillés ou non souillés, on commencera par les plonger pendant une *demi-journée* au moins dans un baquet ou cuveau rempli d'eau phéniquée à 2 0/0 ; on les sortira de ce liquide, on les tordra légèrement, puis on les maintiendra

(1) Diverses circonstances nous ont empêché de publier plus tôt les articles suivants, qui n'ont pas d'ailleurs perdu de leur intérêt et de leur utilité pratique.

© ANM

pendant 20 minutes ou une demi-heure dans l'eau réellement bouillante ; ensuite, on les soumettra à la lessive sur place, ou bien on les livrera au blanchisseur. Il est très important de savoir que les matières quelconques rendues par le malade ne doivent jamais se dessécher sur les pièces de linge qui les ont reçues. Si la chose est possible, on remplacera avantageusement l'ébullition dans l'eau par un passage à l'étuve à désinfection. La solution phéniquée ainsi employée sera versée dans les cabinets d'aisances, jamais dans les dégorgeoirs des cabinets de toilette ou des éviers. Les linges et autres objets de pansement de peu de valeur seront brûlés ; dans le cas contraire, ils seront désinfectés de la même manière que le linge de corps.

V. — Désinfection des habits, de la literie, des tapis et des tentures à la fin de la maladie.

Les habits des malades et des garde-malades, la literie (couvertures, matelas, oreillers), et les tapis et rideaux de la pièce dans laquelle la maladie a évolué, seront enveloppés dans des draps humectés d'eau simple ou phéniquée et portés dans l'étuve à désinfection, où ils subiront, pendant 20 minutes, l'action de la vapeur d'eau sous pression. Ces objets ne seront remis en place qu'après la désinfection du logement.

On traitera de la même manière les hardes et chiffons, alors même qu'ils devraient être donnés ou vendus.

VI. — Désinfection des meubles et de la chambre du malade.

Cette opération comprend plusieurs temps qui seront toujours exécutés dans l'ordre suivant : 1° Humecter uniformément le carrelage ou le parquet avec de l'eau ordinaire ;

2° Essuyer soigneusement le plafond, les murs ou la tapisserie avec un linge légèrement humecté, afin d'entraîner et de fixer les poussières ;

3° Imprégner fortement les meubles d'une minime valeur, tels que berceaux en bois et en fer, chaises ordinaires, etc., avec une solution de sublimé à 1 pour mille. (Eau 1,000 gr., sublimé 1 gr.). L'intérieur des tables de nuit devra toujours être traité ainsi ;

4° Pour les meubles plus importants, tels que les lits et les sommiers, introduire de la solution de sublimé dans les joints, comme s'il s'agissait de la destruction des punaises, et essuyer les surfaces cirées ou vernies avec un tampon imprégné d'huile ;

5° Battre, puis frotter avec une brosse trempée dans la solution de sublimé, la surface des sièges garnis de tissus divers ;

6° Laver et brosser le parquet ou le carrelage de la chambre, les boiseries ou les murailles, jusqu'à la hauteur de 2 mètres, avec des balais et des éponges emmanchés trempés dans de la solution de sublimé ;

7° Deux heures après, au minimum, l'on procédera à un lavage abondant, à l'aide d'éponges emmanchées, mouillées cette fois avec une solution alcaline. (Eau 1,000 grammes, carbonate ou cristaux de soude du commerce 10 gr.). En même temps on lavera largement, avec la solution alcaline, les meubles d'une minime valeur qui ont été préalablement imprégnés avec la solution de sublimé ;

8° Absorber l'excès de liquide ; ventiler fortement, afin d'amener une dessication assez rapide des parois et du parquet de la chambre. Les mesures précédentes doivent donner une sécurité suffisante. Cependant, dans les cas où les pièces à désinfecter peuvent être évacuées pendant 48 heures, on fera bien de compléter la désinfection de la chambre et du mobilier qu'elle contient par une fumigation à l'acide *sulfureux*.

Pour cela, et avant la dessication, on dispose au milieu de la chambre une bassine en fer battu dans laquelle on place de la fleur de soufre à raison de 15 à 20 grammes par mètre cube de l'espace à désinfecter. Pour éviter les dangers d'incendie, on place le récipient contenant le soufre au centre de bassines en fer ou de baquets contenant une couche de 5 à 6 centimètres d'eau. On bouche la cheminée et on colle des bandes de papier sur toutes les fissures qui permettraient aux vapeurs de s'échapper. On enduit de graisse les objets en métal qui ne peuvent pas être enlevés. On arrose le soufre d'un peu d'alcool et on l'enflamme. On ferme la porte de la pièce et l'on colle extérieurement des bandes de papier sur les joints. Le gaz acide sulfureux se dégage et on le maintient emprisonné pendant 12 heures au moins. Le lendemain, la chambre est largement aérée. On peut la réhabiter dès qu'on ne perçoit plus l'acide sulfureux qui, d'ordinaire, cause des picotements aux yeux et à la gorge, c'est-à-dire environ 24 heures après le commencement de l'aération.

Enfin, quand on le pourra, on fera bien de remplacer le papier de la tapisserie ou de faire, suivant le cas, badigeonner ou peindre les murs à nouveau.

NÉCROLOGIE.

M. le Pr W. GRUBER (Petersbourg).

M. le Dr Wenzel GRUBER, ancien professeur émérite d'Anatomie à l'Ecole de Médecine militaire de Pétersbourg, vient de succomber.

C'est une très grande perte pour la science et pour l'anatomie humaine en particulier qui, à l'heure qu'il est, a peu d'admirateurs passionnés.

Né en 1814, à Krukanitz, dans la Bohême allemande, il étudia au Gymnase et à l'Université de Prague. Il fut nommé successivement prosecteur (1842), docteur en chirurgie (1842) et docteur en médecine (1844). Il resta cinq ans prosecteur à Prague, où il travailla avec les célèbres anatomistes Hyrtl et Bochdaleck. Il vint ensuite à Pétersbourg comme premier prosecteur d'anatomie normale et pathologique. Après la retraite de Pirogoff on lui confia, à l'Académie de Médecine, la direction de l'enseignement de l'anatomie. Il occupa complètement cette place en 1858, époque à laquelle il fut nommé professeur ordinaire.

Il contribua à l'organisation du nouvel Institut de Physiologie et d'Anatomie et créa un très important musée.

Ses travaux anatomiques sont extrêmement nombreux ; on dit qu'il a publié plus de 500 mémoires. Les titres de ceux qui ont paru, de 1844 à 1884, ont été publiés dans une petite brochure, à Pétersbourg, en 1884 : *Veizeichniss der von* 1844-1884 *veröffentlichen Schriften*. — Ses recherches ont porté principalement sur l'anatomie humaine, sur l'anatomie comparée, l'anatomie pathologique. Il s'est occupé d'une façon toute spéciale des *anomalies*, des *monstres*, de l'hermaphrodisme, de la gynécomastie, etc. Un grand nombre de ses mémoires ont paru dans les *Arch. f. An. und. Phys. pathol.* de Virchow.

Marcel B.

FORMULES

VIII. — Poudre dentifrice antiseptique.

VIII. — Charbon pulvérisé	10 gr.
Quinquina gris pulvérisé, Magnésie	aà 5 gr.
Résorcine, Salol	aà 1 gr.
Essence de menthe	V gouttes.

M. S. A. et porphyriser. (*Bulletin Méd.*).

IX. — Formules que les pharmaciens sont autorisés à délivrer aux sages-femmes pourvues d'un diplôme.

FORMULE A.

Sublimé corrosif	0 gr. 25 centig.
Acide tartrique	1 gramme.
Solution alcoolique de carmin d'indigo à 5 °/₀	1 goutte.

Pour un litre d'eau.

FORMULE B.

Vaseline au sublimé à 1 °/₀	30 grammes.

Chaque paquet contenant la formule A, chaque flacon renfermant la formule B, portera l'étiquette rouge orange réservée aux médicaments toxiques pour l'usage externe avec la mention : *Poison*.

HOMMAGE A HIRN. — Un certain nombre d'amis et d'admirateurs du célèbre physicien, M. Hirn, ont offert à la veuve de l'illustre savant, décédé récemment, une médaille frappée à l'effigie de M. Hirn et destinée à rappeler les grands services que le défunt a rendus à la science et à la philosophie. A la médaille était jointe une publication résumant le caractère et le but de la manifestation, ainsi que la liste des adhérents, une table chronologique des travaux de Hirn, et la liste des distinctions dont il avait été l'objet.

© ANM

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 28 sept. 1890 au samedi 4 octob. 1890, les naissances ont été au nombre de 914 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 340 ; illégitimes, 126, Total, 466. — *Sexe féminin :* légitimes, 355 ; illégitimes, 95, Total, 450.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 28 sept. 1890 au samedi 4 octob. 1890, les décès ont été au nombre de 821 savoir : 421 hommes et 403 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 11, F. 6, T. 21. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 3, F. 3, T. 6. — Scarlatine : M. 4, F. 1, T. 5. — Coqueluche : M. 1, F. 3, T. 4. — Diphthérie, Croup : M. 8, F. 9, T. 17. — Choléra : M. 00, F. 00, T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 112, F. 87, T. 199. — Autres tuberculoses : M. 5, F. 11, T. 16. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 5, T. 5. — Tumeurs malignes : M. 15, F. 20, T. 35. — Méningite simple : M. 11, F. 12, T. 23. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 20, F. 18, T. 38. — Paralysie : M. 2, F. 4, T. 6. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 4, T. 8. — Maladies organiques du cœur : M. 21, F. 26, T. 47. — Bronchite aiguë : M. 9, F. 4, T. 13. — Bronchite chronique : M. 11, F. 14, T. 25. — Broncho-Pneumonie : M. 12, F. 10, T. 22 — Pneumonie : M., 16 F. 16, T. 32. — Gastro-entérite, biberon, M. 35, F. 30, T. 65. — Gastro-entérite, sein : M. 7, F. 3, T. 10. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 2, T. 3. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale : M. 8, F. 8, T. 16. — Sénilité : M. 6, F. 18, T. 24. — Suicides : M. 7, F. 4, T. 11. — Autres morts violentes : M. 11, F. 3, T. 14. — Autres causes de mort : M. 72, F. 78, T. 150. — Causes restées inconnues : M. 5, F. 1, T. 6.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 88, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 29, illégitimes, 22 Total : 51. — *Sexe féminin :* légitimes, 19 ; illégitimes, 18 Total : 37.

FACULTÉ DES SCIENCES DE POITIERS. — M. ISAMBART, professeur de chimie à ladite Faculté, est admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à une pension de retraite. M. Isambart est nommé professeur honoraire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. (*École pratique*). — *Cours de médecine opératoire.* (*Cours d'automne.*). — M. le Dr RIEFFEL, prosecteur, assisté d'aides d'anatomie, fera, à partir du jeudi 16 octobre 1890, une série de démonstrations opératoires suivies d'exercices pratiques. Ce cours ne pourra comprendre plus de 48 élèves. Il est spécialement destiné aux étudiants que les circonstances obligent à passer prochainement leur examen pratique de médecine opératoire. MM. les étudiants qui désirent suivre ce cours devront en faire la demande écrite (sur timbre de 0 fr. 60) au doyen de la Faculté, avant le jeudi 10 octobre.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique, la chaire de physiologie de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille est déclarée vacante.

ÉCOLE MUNICIPALE D'INFIRMIÈRES DE LA PITIÉ. — Directeur de l'Enseignement : M. le Dr BOURNEVILLE. L'École municipale d'infirmiers et d'infirmières de la Pitié ouvrira ses cours professionnels le *jeudi 9 octobre*, à 8 heures du soir. L'enseignement comprend les cours suivants : Cours d'administration : M. Oudot. — Eléments d'anatomie : M. Louis, interne des hôpitaux. — Eléments de physiologie : M. le Dr P. Regnard. — Pansements : M. le Dr Petit-Vendol. — 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. Viron, pharmacien des hôpitaux. — 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.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'Internat en médecine.* — *Avis.* — La composition écrite du concours de l'internat aura lieu à la date fixée, le mercredi 15 octobre, à midi, dans l'une des salles de l'Hôtel-Dieu annexe (bâtiments de l'ancien Hôtel-Dieu, entrée rue de la Bûcherie, 33). La lecture des copies sera faite, comme par le passé, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria.

Concours de l'Externat. — Les épreuves de l'Externat commenceront le jeudi 16 octobre à 4 heures.

Concours de l'Internat et de l'Externat. — Le jury de l'*Internat* se compose de MM. Robin, Letulle, Raymond, Richelot, Tuffier, Polaillon, Champetier de Ribes. — Le Jury de l'*Externat* se compose de MM. Siredey, Babinski, Variot, Charrin, Broca, Chaput et Walther. — Il y a 404 candidats inscrits pour l'internat, 500 pour l'externat.

Concours pour le Prix Civiale. — La date de la remise des mémoires présentés par MM. les élèves devant concourir pour le Prix Civiale, qui avait été primitivement fixée au 15 octobre courant, est reporté au 25 décembre 1890.

ASSAINISSEMENT DE MARSEILLE. — La semaine dernière, le Conseil municipal de Marseille a voté le projet d'assainissement de la ville.

CONGRÈS PÉNITENTIAIRE ET D'ASSISTANCE PUBLIQUE A ANVERS. — Un Congrès pénitentiaire s'ouvrira le 8 octobre à Anvers. Parmi les délégués français, il y a MM. Brelet, ancien secrétaire général de l'Assistance publique et le Dr Napias. Ce Congrès s'occupera également des Enfants moralement abandonnés.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Le roi de Grèce vient de nommer M. le Dr Brouardel commandeur de l'ordre du Sauveur. — M. le Dr Mihram Kemhadjian, médecin de l'ambassade de Turquie à Paris, est nommé commandeur de l'ordre du Medjidié.

EPIDÉMIE DE FIÈVRE TYPHOÏDE A TROUVILLE. — MM. les docteurs Brouardel et Thoinot, qui se sont rendus à Trouville, continuent leur enquête.

INFLUENZA EN ESPAGNE. — Vingt-sept cas d'influenza ont été constatés à la caserne d'artillerie de Valence.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. — La *Société de Biologie* reprendra ses séances hebdomadaires à partir du samedi 11 octobre.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr Alexandre BOGGS, doyen des médecins anglais à Paris, décédé à Paris, à l'âge de 67 ans. Le Dr Boggs, né à Madras (Indes), fils d'un officier anglais, mort pendant l'expédition de Rangoon, avait été élevé à l'Ecole de médecine de Madras. Ses études terminées, il reçut un poste dans l'armée des Indes. Plus tard, à la guerre de Crimée, il prit du service dans le corps expéditionnaire et fut attaché au contingent turc. Il fut décoré par le sultan, puis retourna aux Indes au moment où l'émeute éclatait. En qualité de médecin-major, il accompagna l'expédition célèbre de sir Colin Campbell, qui délivra la colonie européenne de Lucknow. Le gouvernement lui accorda une récompense de 10,000 roupies et la médaille commémorative dite de l'Inde. Il quitta la péninsule en 1863 et vint se fixer à Paris. Il avait une clientèle nombreuse, surtout parmi ces familles de l'aristocratie et de la haute bourgeoisie d'outre-Manche, qui viennent à Paris chaque automne, pour se répandre ensuite le long des rives de la Méditerranée et sur les bords du Nil. M. le Dr Boggs s'était attaché à notre pays auquel l'unissaient d'ailleurs des liens de famille ; il avait un fils sous nos drapeaux. Notre confrère était depuis longtemps le correspondant, à Paris, de la *Lancet*, une des premières feuilles médicales de Londres, et collaborait aussi à plusieurs publications médicales de l'étranger. — M. Michel ROTH, médecin depuis cinquante ans, à Wolfiheim, près de Strasbourg. Sa mort sera vivement ressentie par tous ceux — et ils sont nombreux — à qui il a prodigué sa science et son dévouement. — M. le Dr ROUYER, de Haroué (Meurthe-et-Moselle), décédé à 68 ans. — M. le Dr BOURGUET (Béziers). — M. le Dr PERNIN (Marchaux). — M. le Dr OLIVE (Marseille). — M. le Dr COURSIÈRES (Dieppe). — M. le Dr J.-B. LEFÈVRE, médecin de la marine.

Dyspepsie. — VIN DE CHASSAING. — *Pepsine.* — *Diastase.*

Phthisie, Bronchites chroniques. — EMULSION MARCHAIS.

Dyspepsie. Anorexie. — Ces états pathologiques si fréquents et qui compromettent si gravement la nutrition, sont rapidement modifiés par l'Elixir et pilules GREZ Chlorhydro-pepsiques (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

Albuminate de fer soluble (LIQUEUR DE LAPRADE) le plus assimilable des ferrugineux (Pr Gubler). Une cuillerée à chaque repas. Chlorose et troubles de la menstruation, c'est le fer gynécologique par excellence.

Phthisie. VIN DE BAYARD à la peptone phosphatée, le plus puissant reconstituant de la thérapeutique. Une à deux cuillerées par repas.

Précieuse. Source de **VALS**, très efficace contre les affections du **Foie** et de la **Vessie.** (Calculs, Gravelle, Diabète, Goutte, etc.) *Prescrite par les Médecins des Hôpitaux de Paris.*

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

© ANM

18e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XII. N° 42. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 18 OCTOBRE 1890.

Le Progrès Médical

CLINIQUE NERVEUSE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. **J.-M. CHARCOT.**

L'œdème bleu des hystériques (*fin*) (1) ;

Leçon recueillie par **Georges GUINON**, chef de clinique.

Quelque temps après que M. le professeur Charcot eut fait la leçon qui précède sur l'œdème bleu, je commençai à essayer quelques tentatives d'hypnotisation sur la jeune Marguerite Faf... qui fait le sujet de la première observation relatée dans cette leçon. Dès les premières séances, je réussis à provoquer chez la malade une sorte d'état somnambuliforme, les yeux fermés, pendant lequel elle répondait aux questions et paraissait sensible à quelques suggestions. Mais cet état, qui relève du petit et non du grand hypnotisme, caractérisé par ses états séparés avec leurs signes physiques typiques, ne s'accompagnait d'aucun phénomène somatique : hyperexcitabilité neuro-musculaire, contracture somnambulique. Néanmoins, il fut possible, dès la première tentative, de faire disparaître par suggestion la contracture dont la main droite était atteinte ainsi que le poignet. La coloration bleue et le gonflement disparaissaient également en même temps. A la première séance on mit environ 30 minutes pour arriver à ce résultat. Il fallait d'abord faire résoudre, tant par la suggestion verbale que par le massage concomitant, la raideur du poignet. Puis, de la même manière, chaque doigt, un à un, était décontracturé. C'était loin d'être facile à obtenir, cependant le résultat cherché était atteint autant que possible. La main n'était pas bien forte, mais du moins elle était libre et la malade pouvait s'en servir.

Cette guérison se maintint quelques heures, au début. Trois heures environ après le réveil, la contracture reparaissait de nouveau et avec elle le gonflement et l'œdème bleu, dont le premier surtout ne disparaissait d'ailleurs point complètement, à vrai dire. La première tentative eut lieu au commencement de mai 1890. Elle fut, depuis ce temps jusqu'aujourd'hui (octobre 1890), répétée très régulièrement tous les jours. On s'aperçut alors que chaque jour la paralysie se reproduisait un peu plus tard que la veille. On profita de cette circonstance et on ne cessa pas jusqu'aujourd'hui, c'est-à-dire pendant cinq mois environ, de guérir tous les matins la contracture reproduite spontanément la veille, quelques heures après la guérison par suggestion. On arriva ainsi au résultat suivant : aujourd'hui (5 octobre 1890) la main reste guérie toute la journée. Le soir, la malade se couche avec sa main libre ; le lendemain matin elle est de nouveau contracturée, violette et gonflée. Actuellement le trouble ne se reproduit pas avant deux ou trois heures du matin, à moins qu'il ne soit survenu, pour une cause quelconque, une attaque d'hystérie dans la journée, auquel cas, au sortir de l'attaque, la main est de nouveau raide et impotente, gonflée et violette.

(1) Voir *Progrès Médical*, n° 41.

On voit, d'après cela, que la suggestion hypnotique est loin de présenter toujours, en matière de guérison des accidents hystériques, ainsi qu'on semble le croire assez généralement, cette rapidité et cette certitude qui font crier au miracle. Lorsqu'elle peut être appliquée, elle constitue évidemment un moyen de traitement précieux. Mais son action est relativement limitée dans bon nombre de cas, dans celui de cette jeune fille, entre autres.

On continuera cependant dans la suite à appliquer cette thérapeutique à notre jeune malade. On pourra arriver ainsi à faire durer la guérison de plus en plus longtemps et à la rendre à la fin définitive. C'est du moins un résultat qu'il est légitime d'espérer.

J'ajouterai encore un mot à l'histoire de cette malade. Elle a présenté, pendant son séjour à la Salpêtrière, un accident tout particulier, une sorte de mouvement convulsif de la tête, du cou, des épaules et des bras, avec émission brusque d'un son inarticulé, imitant à s'y méprendre le tic convulsif. Mais il ne s'agissait point, chez elle, de cette dernière affection. Il y avait en effet, à ce moment, dans les salles du service de clinique, une grande tiqueuse qui contagionna toute une série d'hystériques (l'histoire de cette épidémie et la présentation des malades atteintes ont été faites par M. le Professeur Charcot, dans une des leçons cliniques de cette année). Notre jeune fille compta parmi les victimes de la contagion et c'était chez elle de mouvements involontaires hystériques et non de tics convulsifs qu'il s'agissait en réalité.

Ces mouvements, qui avaient été très forts et très fréquents à une certaine époque, s'améliorèrent ultérieurement, sous l'influence du traitement par la suggestion hypnotique, qu'on leur appliqua également. Aujourd'hui ils sont presque disparus, mais non complètement cependant.

* * *

A côté des précédentes observations d'œdème bleu chez des hystériques, il m'a paru intéressant de placer la relation des deux cas suivants, que M. le Pr Charcot avait présentés antérieurement dans ses leçons cliniques (le 24 février 1890).

Le premier est un exemple d'*œdème bleu hystérique* associé à de la contracture du poignet et de la main, absolument identique au cas de la jeune fille de la leçon précédente, sauf qu'il s'est développé sous l'influence du traumatisme. Il a trait également à une jeune fille ; mais celle-ci était née et habitait à la campagne. Un jour, portant dans ses bras une charge de bois, elle glissa sur le sol et tomba. Dans sa chute, un morceau de bois vint heurter son poignet et le dos de sa main. Après une période d'incubation de plusieurs jours, pendant lesquels elle put continuer à travailler, une contracture apparut, pour laquelle divers traitements furent tentés vainement. Enfin la malade vint à la Salpêtrière, où l'on reconnut la nature véritable de son affection.

Le second est un exemple typique de *coxalgie hystéro-traumatique*, survenue en conséquence d'une chute dans un escalier, et méconnue également pendant

© ANM

de longs mois. Bien que ce dernier n'ait aucun rapport avec l'œdème bleu, on ne pouvait cependant le séparer du précédent pour cette raison qu'ils se sont produits l'un et l'autre *chez les deux sœurs*.

Obs. I. — B..., Amélie, 18 ans, fille de ferme à Saint-Christophe (Cantal), entrée à la Salpêtrière le 2 décembre 1889, service de M. le Pr Charcot.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants, vivant encore. 2 sœurs bien portantes, dont l'une, atteinte de maladie nerveuse, est en traitement dans le même service. La malade nie absolument toute tare nerveuse, tout alcoolisme chez les ascendants et les collatéraux. Elle ne connaît pas le reste de sa famille. D'autre part, les renseignements ci-dessus sont à peine dignes de foi, la malade étant tout à fait obtuse et ignorante.

Antécédents personnels. — Elle ne se souvient pas d'avoir été malade étant petite, ni plus tard. Sa première maladie serait, dit-elle, la maladie actuelle.

Il y a 11 mois passés elle portait une charge de bois; il y avait par terre une couche épaisse de neige durcie. Elle glissa tout à coup, tomba sur la paume de la main droite en extension forcée et, en tombant, laissa échapper sa charge de bois dont un lourd morceau vint heurter le dos de la même main. Douleur très vive dans la main et dans le bras. Pas de perte de connaissance, elle s'est tout de suite relevée sans aide (elle était seule), a repris sa charge de bois et a marché ainsi pendant une heure avant d'être rentrée à la ferme. Le soir même elle pétrit du pain. Aussitôt en finissant ce travail, la main se ferma, c'est-à-dire que les doigts se fléchirent dans l'intérieur de la main, le pouce restant libre. Les jours suivants, pendant 4 ou 5 jours, elle continua de travailler, bien que la douleur fût assez vive et que la main se fût mise à gonfler, au niveau de la face dorsale. Une ecchymose violette apparut et la gêne des mouvements s'accentua, la main se ferma davantage, au point que tout travail devint impossible. Il ne semble pas que l'on ait constaté à cette époque de fracture, ni de luxation, car le traitement ne consista pas tout d'abord dans l'immobilisation, mais dans des frictions avec l'eau-de-vie camphrée. Puis, le gonflement continuant, la gêne des mouvements restant toujours la même, on commença à faire usage de teinture d'iode sous forme de badigeonnages. Tout cela dura un mois environ.

Au bout de ce temps, voyant que la douleur persistait et que la déformation (poing fermé) ne disparaissait pas, le médecin, croyant sans doute à quelque lésion articulaire organique, endormit la malade avec du chloroforme et ouvrit la main. Puis il plaça cette main dans un appareil inamovible ordinaire (attelles de bois et bandes de toile) et fit sur la région dorsale du poignet et le dos de la main des pointes de feu. Ce mode de traitement fut continué, les pointes de feu répétées onze fois et divers appareils plâtrés mis en place. Il est à remarquer dès maintenant que l'application réitérée de teinture d'iode, dès le début, n'avait pas été douloureuse et que la brûlure des pointes de feu, ressentie d'une façon assez nette lors des premières séances, ne fut plus du tout perçue dans la suite.

Elle resta ainsi *dix mois dans des appareils inamovibles* variés et ce n'est que la veille de son entrée à la Salpêtrière qu'elle quitta le dernier. Pendant ce temps, les médecins qui la soignaient auraient agité la question d'une amputation de l'avant-bras, pour une tumeur blanche des articulations de la main.

Pendant cette période de temps, pas d'attaques de nerfs, pas de perte de connaissance, pas de douleurs de ventre.

Etat actuel. — 8 décembre 1889. — Ce qui attire tout d'abord l'attention, c'est l'attitude de la malade. Elle porte son bras droit habituellement en écharpe, la main et le poignet entortillés dans de l'ouate et de la flanelle, évitant les chocs et garant de son mieux cette partie malade. Lorsqu'on lui enlève l'écharpe et le pansement, elle donne instinctivement la même position à la main, qu'elle tient, le coude fléchi, à une certaine distance du corps, exactement comme si l'écharpe était encore en place.

La main est assez déformée. La face dorsale est le siège d'un gonflement notable, dû à une sorte d'œdème dur, dans lequel le doigt ne marque pas d'empreinte permanente. Cicatrices nombreuses de pointes de feu. Peau violacée. Main un peu plus froide que du côté opposé. Les doigts sont appliqués les uns contre les autres, les deux derniers sont un peu fléchis,

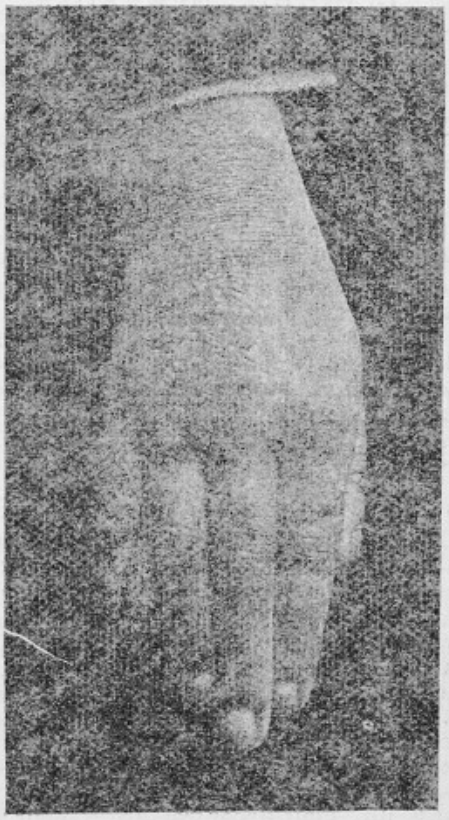


Fig. 39.

l'index et le médius complètement étendus. Le pouce est à peu près libre dans ses mouvements. La face palmaire est comme creusée d'une sorte de gouttière oblique due d'une part au rapprochement des deux éminences thénar et hypothénar et, d'autre part, à une sorte d'enroulement de la main autour d'un axe vertical passant en son milieu. C'est en somme, à peu de chose près, la position de la main dans un appareil plâtré ou silicaté. En dehors de cela, pas de déformation appréciable, pas d'amyotrophie visible (Voir *Fig.* 39).

Au point de vue des mouvements, le poignet est absolument libre dans les mouvements actifs et passifs, quoiqu'ils n'aient peut-être pas toute l'étendue qu'ils ont normalement, donc pas de paralysie dans les mouvements de cette articulation. Quant aux doigts, ils sont collés les uns contre les autres, de façon qu'on ne peut les séparer sans éprouver une notable résistance, et si, après en avoir ouvert un, on le laisse échapper, il revient à sa place comme sous l'influence d'un ressort. On éprouve une sensation d'élasticité dans la traction et dans la façon dont ce doigt revient à sa place. On ne sent pas de cordes tendineuses bien nettes ni de brides fibreuses en aucun point des articulations de la main ou du poignet.

L'examen électrique pratiqué par M. le Dr Vigouroux donne les résultats suivants : réactions électriques normales dans les muscles de la main et de l'avant-bras. La diminution d'excitabilité n'est qu'apparente et due à l'augmentation considérable de la résistance dans la région anesthésique.

Anesthésie complète pour le *tact*, la *douleur*, la *chaleur* dans toute la longueur du membre supérieur, jusqu'au-dessus de de l'épaule, en forme de manche de veste. Le froid est perçu comme du chaud, dans la même étendue. Le 6 décembre il n'y avait absolument que cette partie du corps insensible. Le reste

© ANM

de la moitié droite du corps était plutôt légèrement hypoesthésique. Aujourd'hui il existe dans tout le côté droit une anesthésie complète pour tous les modes de la sensibilité, tact, chaud, froid, douleur.

Goût : Aboli à droite. — Vue : Rétrécissement du champ visuel double à 60°. Dyschromatopsie. Polyopie monoculaire. — Ouïe : Diminuée notablement à droite. — Odorat : très obnubilé à gauche, à peu près nul à droite. Réflexe pharyngien aboli surtout à droite. Etat d'énervement bizarre quand on l'examine, aboutissant à une espèce de petite attaque avec larmes, dyspnée, air hébété. Pas d'ovarie, pas de points hystérogènes, pas d'attaques.

Le dimanche 10 décembre, au matin, on pratique l'examen sous le chloroforme. Aussitôt la résolution obtenue, la contracture cesse subitement, la mensuration de la circonférence de la main au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes donne des deux côtés 18 centim. Avant le réveil, la résolution ayant cessé, la contracture reprend subitement. La malade, même sous le chloroforme, quand la résolution n'est pas complète, tient par habitude sa main contre sa poitrine, comme si elle avait le bras en écharpe. Si on écarte la main, elle reprend automatiquement la même situation.

1er février 1890. — L'analgésie a disparu au membre supérieur droit dans son entier, mais les impressions douloureuses sont moins vivement perçues que du côté opposé. Il en est de même de la chaleur et du froid.

Légère perte du sens musculaire.

La contracture des doigts de la main est exactement ce qu'elle était.

Goût : Normal à droite et à gauche.

Vue : A droite, rétrécissement du champ visuel à 55°.

— : A gauche, vue normale.

Ouïe : droite, normale.

— : gauche, faible.

Odorat : Normal.

Pendant l'épidémie de grippe, au mois de janvier 1890, elle a présenté les symptômes d'une pseudo-tuberculose hystérique avec crachements de sang, toux fréquente, expectoration, douleurs intercostales.

Dans la suite la malade quitta l'hôpital sur sa demande, non encore guérie.

Obs. II. — B..., Anna, 21 ans. Autrefois couturière à Saint-Christophe, puis domestique à Paris.

(Pour les antécédents héréditaires, voir l'observation de sa sœur Amélie, atteinte d'arthralgie hystérique de la main, celle-ci n'en dit pas plus long).

Antécédents personnels.— La malade ne se rappelle rien de son enfance. Il y a cinq ans elle eut une fièvre typhoïde, deux ans avant elle avait eu une fluxion de poitrine à la suite d'un refroidissement. Il y a deux ans, pleurésie gauche suivie d'une « névralgie générale ». Elle avait mal partout. Enfin elle eut une gastrite qui fut qualifiée par son médecin, tantôt d'aiguë, tantôt de chronique. Les douleurs d'estomac se répercutaient dans le dos et en un point vertébral. Les vomissements étaient incoercibles à cette époque.

Jusqu'au mois de novembre 1888, elle était couturière dans son pays. Depuis lors elle entra comme bonne à tout faire dans une maison bourgeoise à Paris.

Le 27 avril 1889 elle tomba dans un petit escalier, s'étant pris les pieds dans une ficelle qu'un enfant de la maison avait tendue en travers d'une porte. Elle tomba sur le côté droit, non sur le genou. On la releva immédiatement, saignant du nez et ayant l'œil droit violemment contusionné. Elle était un peu étourdie, mais n'avait nullement perdu connaissance.

Elle se coucha tout de suite, avec une violente douleur dans le côté et également dans le ventre et dans l'estomac. Elle vomissait tout ce qu'elle prenait. Il existait aussi une certaine douleur dans le genou, mais qui attirait moins l'attention que les autres. Les douleurs de ventre et de côté ont duré environ 5 mois.

Le 3 mai 1889, dix jours après, la malade entra à l'hôpital de Bon-Secours. Quelque temps après son entrée, les vomissements la reprirent et elle rendit plusieurs fois du sang rouge vif en assez grande quantité.

On ne s'occupa du genou que deux mois après l'accident Tout d'abord il se fléchit sur la cuisse, le talon presque contre la fesse et il était impossible de l'allonger. Des douleurs vives se faisaient sentir dans le genou et la hanche. Le chirurgien, appelé un beau jour, conseilla l'emploi d'un appareil à extension continue, après avoir allongé le membre pendant le sommeil chloroformique; ce qui fut fait. La malade resta avec un poids au bout du pied pendant 53 jours, sans le moindre résultat autre que celui-ci; quand on enleva l'appareil, le membre inférieur droit semblait plus long que le gauche.

Pendant le séjour dans l'appareil à extension on fit sur le genou des applications de teinture d'iode, après lesquelles il se mit à enfler, puis vinrent des pointes de feu (3 fois) et des vésicatoires (4). Cela dura 4 mois 1/2 à 5 mois. Puis, à cause des douleurs violentes, on fit usage de laudanum, enfin d'un bandage compressif. Enfin, le médecin et le chirurgien de l'hôpital Bon-Secours, peu de jours avant la sortie de la malade, lui proposèrent la *désarticulation de la cuisse*. Elle n'accepta pas, et deux jours avant la date choisie pour l'opération elle demanda à entrer à la Salpêtrière, sur le conseil d'un interne de l'établissement, qui l'adressa à cet hospice, ayant sans doute reconnu la véritable nature de sa maladie.

Les douleurs de hanche, qui se confondaient d'abord, au dire de la malade, avec les douleurs de côté du début, n'ont pas cessé pendant tout le temps d'être ce qu'elles sont aujourd'hui.

Etat actuel (8 décembre 1889). — La malade étant couchée, car elle ne quitte pas cette position, ce qui frappe tout d'abord, c'est un allongement apparent du membre inférieur du côté droit. Le genou, la malléole interne, le talon sont plus inférieurs à droite, mais aussi, si on découvre la malade, l'épine iliaque de ce côté. En réalité, cet allongement n'est donc qu'apparent, car en rectifiant la position des deux épines iliaques, en les plaçant sur la même ligne transversale, on voit que l'allongement disparaît. D'ailleurs, la distance entre l'épine et le sommet de la malléole interne, à droite et à gauche, est exactement la même.

Ce redressement de la position de la jambe, pour l'amener à être au même niveau que l'autre, est accompagné d'un très léger degré de torsion de la colonne vertébrale et d'ensellure. Mais cela est très peu prononcé.

La malade étant debout (c'est-à-dire soutenue complètement sous les aisselles par un aide) c'est exactement le contraire que l'on remarque. *Parce que cela lui fait trop mal*, elle ne pose pas son pied droit sur le sol; elle le maintient sur la pointe seulement, faisant porter le poids du corps exclusivement sur le membre inférieur gauche. D'où l'apparence d'un raccourcissement du membre avec un peu d'effacement du pli fessier droit et d'abaissement apparent du pli gauche, en même temps que torsion de la colonne vertébrale.

Du côté du genou, légère modification de forme due peut-être aux altérations du tissu sous-cutané consécutives à tous les mauvais traitements que cette région a subis depuis 7 mois. Cependant il y a au-dessous de la rotule comme une sorte de coup de hache. Le tibia semble légèrement subluxé en arrière et l'on sent, plus loin en arrière que de coutume, les condyles fémoraux. La peau de la région est fortement pigmentée, épaissie, couvertes de cicatrices de vésicatoires et de pointes de feu.

De plus, on constate très nettement à la vue une atrophie notable du triceps fémoral (droit antérieur principalement) droit. A un travers de main au-dessous du bord supérieur de la rotule il y a, entre le côté droit et le côté gauche, une différence de 2 centimètres (27 cent. à droite, 29 cent. à gauche). Au tiers supérieur de la cuisse, cette différence n'est plus que de 1 centimètre à peine.

La douleur est vive à la partie interne du genou, au niveau de l'attache supérieure du ligament latéral. Elle est spontanée et très fortement réveillée par les mouvements de flexion qui sont cependant possibles. La peau ne paraît pas douloureuse, mais seulement la pression profonde. Il est remarquable que, quand on plie le genou, cette douleur n'est pas limitée à l'articulation, mais s'étend tout le long de la cuisse jusque dans le ventre et bien qu'elle ne donne à la malade aucune sensation

© ANM

de constriction gastrique ou pharyngée, il est certain qu'elle la met dans une sorte d'angoisse très particulière.

Les mouvements de la hanche sont relativement moins douloureux que ceux du genou. Mais ils ne sont pas libres et en particulier l'abduction est limitée par une contracture visible et sensible au toucher des muscles adducteurs. La pression aux points d'élection sur l'articulation coxo-fémorale est douloureuse. Pas de signe de Brodie ici pas plus qu'au genou.

La percussion sur le talon, le membre étendu, est douloureuse au niveau du genou (partie interne) et de la hanche. — La percussion sur le genou, la jambe fléchie, est également douloureuse dans la hanche.

Les reflexes rotuliens des deux côtés sont considérablement exagérés. On sent quelques secousses de trépidation épileptoïde, mais pas nettement caractérisées.

Pas de secousses fibrillaires dans le triceps droit atrophié.

Rien du côté du tronc ou des membres supérieurs.

La malade est maigre, faible, son intelligence est plutôt au-dessous de la moyenne. On la dirait littéralement abrutie par les souffrances qu'elle a endurées depuis 7 mois et elle le dit elle-même.

Réglée à 13 ans, régulièrement depuis cette époque. Flueurs blanches dans l'intervalle.

Pas de douleurs de ventre spontanées. Pas d'ovarie. Pas de zones hypéresthésiques ni hystérogènes nulle part. On a vu qu'il n'existait pas de signe de Brodie au niveau des articulations malades.

Sensibilité diminuée pour la douleur, le chaud et le froid dans toute l'étendue du membre inférieur droit jusque sur le ventre au-dessous de l'ombilic en avant et en arrière jusque et y compris la fesse. Le tact est conservé dans cette étendue. Rien d'autre aux membres ni au tronc, sinon un certain degré d'hypoesthésie pour le chaud dans toute l'étendue du membre supérieur droit.

Vue : rétrécissement double du champ visuel à 60°. Rien d'autre. — *Ouïe* : Très obnubilée à droite. Normale à gauche. — *Odorat* : Nul des deux côtés. — *Goût* : A peu près nul des deux côtés.

Pas d'attaques de nerfs. Il y a deux ans elle aurait eu, par suite de sa grande faiblesse, des évanouissements fréquents.

18 *février* 1890. — La malade est sortie hier en ville et, se trouvant dans une chambre cirée, elle a glissé et est tombée sur le côté malade. Elle se plaint d'une violente douleur à la hanche. On n'observe pas de contusion, pas d'ecchymose. La malade ne peut localiser exactement la douleur.

Les mouvements sont douloureux comme précédemment. Douleur à la pression vive dans la région de la cuisse.

19 *février*. — L'hypoesthésie a disparu au membre supérieur en grande partie; il reste encore des plaques anesthésiques, en particulier à la partie postérieure du bras.

L'anesthésie a disparu à la jambe; à la cuisse elle s'est transformée, ainsi que dans la région du genou, en hyperesthésie cutanée très vive.

22 *février*. — On la chloroformise, au moment où la résolution a été obtenue la raideur de la hanche et du genou a disparu. Les mouvements sont conservés intégralement.

Tout est semblable des deux côtés, et on ne constate rien d'anormal dans les jointures. Cette dernière expérience est décisive en ce qui concerne la nature hystérique de cette coxalgie.

La malade sortit de l'hospice quelque temps plus tard, sur sa demande, non encore guérie.

Ces deux observations nous montrent l'hystérie traumatique chez la femme, où on la trouve peut être moins souvent que chez l'homme. De plus elles prouvent l'identité absolue de l'hystérie chez les gens de la ville et chez ceux de la campagne. Voilà deux filles de ferme, arriérées, obtuses, absolument sans instruction, qui réalisent deux types d'accidents d'hystérie locale les mieux caractérisés qui se puissent voir. Fait non moins intéressant, il s'agit ici des deux sœurs, chez qui la névrose s'est développée sous l'influence du même agent provocateur, le traumatisme. Bien que l'on n'ait pu retrouver dans leurs antécédents héréditaires, tant par ignorance que par mauvaise volonté de leur part, aucune trace de tare nerveuse dans les ascendants et les collatéraux, il est bien certain cependant que la maladie n'a pu se développer ainsi de toutes pièces chez deux sœurs. La prédisposition héréditaire existait là, c'est bien certain ; l'agent provocateur n'a fait que la mettre en jeu.

REVUE CRITIQUE

Les ictères infectieux bénins et la Maladie de Weil ;

par A. PILLIET, interne des hôpitaux.

L'ictère grave infectieux n'est, on le sait, qu'un syndrome clinique caractérisé par une fièvre, dont le tracé est celui des maladies infectieuses, avec une série d'ascensions qui indiquent la repullulation d'un organisme parasitaire vivant, del'ictère, des hémorrhagies, des troubles nerveux et de l'albuminurie. Ce syndrome comporte donc deux ordres de signes : d'une part, ceux d'une infection généralisée, d'autre part, ceux d'une insuffisance hépatique portée à son dernier terme. Mais il peut être produit par une foule de causes : qu'il soit primitif, c'est-à-dire donnant la dominante clinique exclusive d'une maladie particulière, comme la fièvre jaune ou l'ictère grave, dit idiopathique, de nos climats ; ou qu'il soit secondaire à une lésion quelconque du foie. A côté de l'ictère grave, maladie le plus souvent mortelle, entre son cadre et celui des simples ictères bénins, par spasme ou par arrêt de la circulation, se placent un certain nombre d'états nettement infectieux, qui lui sont fort semblables au point de vue clinique, mais se terminent en général par la guérison. Ces ictères infectieux bénins ont été signalés depuis longtemps ; et il faut rappeler en quelques mots leur histoire, avant d'aborder celle de la Maladie de Weil, si l'on veut bien comprendre la place en nosographie de cette entité nouvelle. D'ailleurs, ceux des travaux concernant ces faits non classés qui ont été publiés dans ces dernières années ont été réédités à propos de la Maladie de Weil et ont servi d'arguments pour appuyer quelquefois et surtout pour combattre la conception des auteurs allemands, car, à son début, elle fut assez mal accueillie parmi nous et discutée avec chaleur dans des revues, dont plusieurs sont très remarquables au point de vue du sens clinique et critique de leurs auteurs (1).

On sait que la conception de l'ictère grave est de date assez récente : si l'on en trouve des observations dans Boerhave, Morgagni, Monro, c'est au milieu de ce siècle que parurent les principaux travaux. Rokitansky, en 1848, chercha à donner à la clinique une base anatomique ; il décrivit l'atrophie jaune aiguë du parenchyme et rapporta à la destruction des cellules hépatiques les accidents observés. Bright, en Angleterre, puis Budd cherchèrent la cause de l'état du foie et admirent qu'elle était due à une infection générale : pour eux, la maladie frappait d'abord l'organisme entier, déterminant des lésions du foie, du rein et de la rate ; puis les symptômes dus à la désorganisation hépatique apparaissaient à leur tour et donnaient à la maladie son apparence clinique. Ozanam (1849), Lebert, Buhl, Monneret adoptèrent ces idées. Frerichs (1858) soutint d'abord l'idée de Rokitansky; mais il admit bientôt qu'à côté des lésions dégénératives de l'ictère grave il existait des lésions inflammatoires, montrées d'ailleurs par Robin.

(1) Longuet. *Sem. méd.*, 1888. — Rendu. *Gazette des Hôpitaux*, 1889. — Dreyfus. *Gazette heb.*, 1889. — Perret. *Lyon méd.*, 1889. — Paul Chéron. *Union méd.*, 1889.

© ANM

L'anatomie pathologique n'avait donc plus d'unité. On était donc forcé d'admettre que les lésions anatomiques du foie étaient secondaires et résultaient d'une intoxication générale.

Les formes légères furent étudiées par Arnould et Coyne (1), par Carville, par Bardinet, à Limoges, chez les femmes enceintes et par Grellety-Bosviel (2).

Il faut nous arrêter sur ce dernier travail; car les cas de Grellety ont une grande ressemblance avec ceux qui ont été publiés depuis par les médecins-majors allemands, sous le nom de Maladie de Weil. Après avoir rappelé les cas abortifs d'ictère essentiel cités par Ozanam, par Monneret (1859), par Botling, Rayer, etc., il donne trois observations d'ictère grave guéri, constituant par conséquent une forme mixte entre l'ictère simple et l'ictère grave mortel. Sa thèse est complétée par la relation d'une épidémie qui avait éclaté à Saint-Cloud en 1865, à l'occasion du nettoyage d'une citerne, et qui avait fait l'objet d'une étude de Worms; elle était caractérisée ainsi : insomnie au début, céphalée, épistaxis, catarrhe gastro-intestinal fébrile, caractères généraux d'une fièvre typhoïde à forme adynamique. Puis, dans un temps qui variait de quelques heures à plusieurs jours, apparition de l'ictère dont la durée était de 6 à 7 jours, selles en général décolorées, hémorrhagies, albuminurie fréquente; la température dépassait 39° pendant la maladie; puis la chute se faisait rapidement. Pendant la convalescence, on observait de l'érysipèle, des parotidites, des otites, etc.

Dat (3), dans sa thèse, rapporte également deux observations d'ictère bénin, dans lesquels les symptômes pouvaient faire croire à l'invasion d'une fièvre typhoïde; l'ictère n'a paru que le huitième et le quinzième jour.

Landouzy (4), en 1883, rapporte l'observation de deux égoutiers atteints d'une infection fébrile ictérique pour laquelle il propose la dénomination de typhus hépatique.

Rondot (5) a publié également un travail sur les ictères graves sporadiques curables; A. Mathieu (6) une observation de typhus hépatique bénin avec rechutes; enfin, dans les leçons de Lancereaux (7), sur les ictères graves, on peut retrouver des observations semblables. D'autre part, après la publication des premiers travaux allemands sur cette question, on a rappelé en France et avec juste raison les travaux de Kelsch (8) et de Chauffard (9) qui tendent à renouveler la pathogénie de l'ictère catarrhal ordinaire et à montrer qu'il peut souvent, tout en restant bénin, avoir les allures de la maladie infectieuse la mieux caractérisée. Voilà quel était l'ensemble de la question au moment où apparut le travail de Weil, qui fut le signal d'une véritable éclosion de mémoires sur ce sujet.

C'est en 1886 que Weil (10) a publié son mémoire. Il étudie quatre cas : trois sujets étaient âgés de 23 ans, un de 22. L'âge est donc à peu près celui de la fièvre typhoïde. La maladie qu'il décrit est aiguë, fébrile, avec désordres nerveux, tuméfaction du foie et de la rate, ictère et albuminurie. Ce qui constitue son caractère principal c'est qu'on peut la regarder au point de vue clinique comme la soudure, la juxtaposition de deux maladies : la fièvre typhoïde et l'ictère grave. L'affection est plus fréquente en été; elle prend les sujets jeunes, vigoureux; le début est brusque, fièvre, inappétence, faiblesse et prostration, douleurs dans les masses musculaires, mal de tête continu, étourdissements quand le malade se tient debout, somnolence continuelle et pourtant insomnie; diarrhée. La fièvre va régulièrement croissant comme dans un début de fièvre typhoïde; au début elle monte rapidement à 39°,40 et elle s'y maintient pendant 4 ou 5 jours : voilà pour la première partie de la maladie. Vers le cinquième jour, les phénomènes nerveux, c'est-à-dire la prostration, quelquefois l'agitation, l'hébétude et les convulsions, s'accentuent; en même temps apparaît un ictère de médiocre intensité : la diarrhée persiste et s'accompagne de vomissements, le foie est un peu augmenté de volume, la rate est manifestement augmentée de volume, les urines contiennent beaucoup d'albumine, des cylindres hyalins et épithéliaux et quelques globules sanguins rouges et blancs. Cet état de crise, caractérisé surtout par les troubles du côté du foie et du rein, dure deux ou trois jours, la température se maintient élevée : c'est la période d'ictère infectieux. Puis la défervescence se fait très rapidement : voilà donc un tableau clinique assez particulier, bizarre même. L'évolution de la maladie dans son ensemble ne l'est pas moins : en effet, pendant toute la première période de la maladie et une partie de la seconde, le tracé thermique ressemble beaucoup à celui d'une fièvre typhoïde; puis, au moment de la crise, la fièvre paraît tourner court et le tracé thermique s'interrompt brusquement; pourtant, dans la convalescence, c'est-à-dire vers le dixième jour de la maladie, il se produit un léger ressaut fébrile qui se continue pendant 5 à 6 jours. La guérison est la règle, la maladie ne dure pas en tout 15 jours ou 3 semaines au plus, mais l'état général reste longtemps mauvais, la faiblesse persiste : l'anorexie est très tenace et l'albuminurie ne se guérit pas immédiatement. En un mot, cette convalescence rappelle beaucoup, par sa lenteur, celles que nous avons pu observer cet hiver dans les grippes graves. Ce tableau symptomatique nous permet de comprendre les différents noms imposés à cette action : ictère fébrile à rechutes, ictère infectieux bénin, typhus hépatique bénin à rechutes, ictère typhoïde abortif, etc... C'est Goldschmidt (1) qui a donné à cette affection nouvelle le nom de Maladie de Weil, en décrivant un cas très semblable, observé chez un journalier de 34 ans. Dans ce cas, les cylindres de l'urine contenaient des bactéries. Roth (2) observa un syndrome semblable avec ictère assez foncé, pouls dépressible, ventre ballonné, selles argileuses, etc... Fiedler (3) rapporta 13 observations, recueillies à Dresde de 1876 à 1883, dans lesquelles il trouve des caractères concordants avec ceux de la Maladie de Weil, chez eux la fièvre présentait les mêmes caractères, ascension brusque, type subcontinu, puis descente progressive avec ressaut inconstant; le tout durait de 8 à 10 jours. L'ictère apparaissait du deuxième au cin-

(1) Arnould et Coyne. — *Mémoire sur une épidémie d'ictère grave observée à Lille*; in *Gaz. méd. de Paris*, 1878.
(2) Grellety-Bosviel. — *De l'ictère pseudo-grave*, thèse Paris, 1873.
(3) Charles Dat. — *Des formes légères de l'ictère infectieux*, th. Paris, 1883.
(4) Laudouzy. — *Leçons de la Charité*; in *Gaz. des Hôp.*, 1883.
(5) Rondot. — *Les ictères graves sporadiques curables*; in *Gaz. hebd. des Soc. méd. de Bordeaux*, octobre 1884.
(6) A. Mathieu. — *Typhus hépatique bénin; rechute; guérison*; in *Rev. de Médecine*, 1886, p. 63.
(7) Lancereaux. — *Des ictères graves et des hépatites parenchymateuses*; in *Rev. de Médecine*, 1882, p. 605.
(8) Kelsch. — *Nature de l'ictère catarrhal*; in *Rev. de Médecine*, 1886, p. 657.
(9) Chauffard. — *Ictères polycholiques bénins*; in *Semaine médicale*, 1889, et *Contribution à l'étude de l'ictère catarrhal*; in *Revue de Méd.*, 1885, p. 9.
(10) Weil. — *Ueber eine eigenthümliche, Mit milstumor Icterus, etc.*; in *Deutsch. Arch. f. Klin. Med.*, 1886, vol. 39, p. 209.

(1) Goldschmidt. — *Ein Beitrag zur neuen Infectionskrankheit Weil's*; in *Deutsch. Arch.*, 1887, vol. 40, p. 238.
(2) Roth. — *Ein Beitrag zur neuen Infectionskrankheit Weil's*; in Id., vol., 41, p. 314.
(3) Fiedler. — *Zur Weil'schen Krankheit*; in Id., 1888, vol. 42, p. 261.

© ANM

quième jour, les malades se plaignaient de douleurs musculaires surtout dans les mollets. Huber (1) observa 4 cas dans la garnison d'Ulm présentant les mêmes symptômes, et il joint à son travail l'observation de 3 autres cas recueillis par un de ses collègues, médecin militaire. Patella (2) a observé deux cas à Pavie : dans ce travail, le premier publié en Italie, l'auteur repousse l'idée soit d'une fièvre typhoïde anormale, soit d'une infection malarienne, mais admet celle d'une infection spéciale, et il se demande quel rapport peut exister entre elle et les ictères catarrhaux ou l'ictère grave. Wassilieff (3), qui a également observé 11 cas d'ictère infectieux typhoïde, se demande s'il ne s'agit pas d'une fièvre typhoïde bilieuse des pays chauds telle que celles qu'on observe à Smyrne et en Egypte, différente toutefois de la fièvre récurrente bilieuse. Dans la dernière épidémie de grippe beaucoup d'auteurs se sont demandé aussi s'il ne s'agissait pas d'une propagation en Europe de la dengue d'Asie-Mineure ; nous ne faisons ce rapprochement que pour faire mieux saisir la pensée de Wassilieff. Miller (4), en donnant l'observation d'un soldat anglais, penche également vers l'idée d'une maladie infectieuse primitive. A ce moment un grand nombre d'auteurs en Allemagne et en France publièrent ou rappelèrent qu'ils avaient publié des faits semblables à ceux de Weil, mais avec une interprétation différente.

C'est ainsi que Mathieu (5) rappelle un cas de typhus bénin publié par lui l'année précédente. Wagner (6) publie l'histoire de deux malades qui diffèrent du syndrome de Weil, surtout par la moindre gravité des symptômes et la durée plus courte de la maladie et de la convalescence. Il ne repousse pas absolument l'idée d'un typhus abortif avec ictère, mais il considère plutôt la maladie comme une typhoïde bilieuse indigène. Haas (7), de Prague, observa 10 cas d'ictère fébrile pendant l'été de 1887. C'était chez des ouvriers des faubourgs buvant surtout de l'eau de puits. Haas insiste surtout sur le délire, l'adynamie, les crampes des mollets. Il attribue la rechute fébrile de la convalescence à une simple febris carnis. Enfin, il note l'absence des spirilles de la fièvre récurrente dans le sang de ses malades. Pfuhl (8) a observé une épidémie de typhus sur les soldats à Altona. Il conclut à une infection mixte. Vierordt (9) rapporte de même un cas analogue aux autres observés en 1881 à la clinique de Liebermeister à Tubingen, et qui avait été classé sous le nom de typhus hépatique bénin ou typhus abortif bilieux. On voit que les esprits étaient mal fixés de par les données seules de la clinique. Aussi un certain nombre de publications que nous allons énumérer ont-elles pour but d'éclaircir l'anatomie pathologique de l'affection qui nous occupe. La première observation nécroscopique date de Aufrecht (10) qui, après la publication des premiers travaux que nous avons cités, rapporta deux cas observés depuis longtemps par lui (l'un date de 1881), dans lesquels les symptômes pouvaient être rapprochés à la rigueur de ceux de la Maladie de Weil. A l'autopsie, le cœur, le foie et les reins étaient de couleur jaune. Leurs cellules n'étaient pourtant pas en dégénérescence graisseuse, mais elles étaient infiltrées de granulations probablement microbiennes : l'auteur propose pour ces cas le nom de Parenchymatose aiguë. Les faits de Nauwerck (1) sont plus importants : il a vu des ulcérations de l'intestin, à parois chargées de bacilles, ce qui d'ailleurs n'a pas grande valeur; elles portaient sur quelques follicules des solitaires et sur les plaques de Peyer. Dans le foie, les cellules étaient gonflées, peu distinctes l'une de l'autre, à noyau non colorable et subissaient cette désintégration spéciale que les auteurs allemands appellent dégénération granulo-albuminoïde. Il n'y avait pas de microorganismes. Les cellules des tubes contournés du rein offraient la même altération. Il y avait de plus des infiltrations de leucocytes dans la trame conjonctive, notamment dans l'écorce. Pernewann (2), dans un cas, a noté également la tuméfaction des cellules du foie, l'absence de bile, quoique les voies biliaires fussent perméables, et des lésions de néphrite.

Dans un cas de Wassilieff, on trouve notées des ecchymoses sous-séreuses et sous-muqueuses et la nécrose partielle de la muqueuse du pharynx. Brodowski et Dunin (3) ont autopsié un ouvrier robuste de 36 ans mort avec les phénomènes ordinaires ; le foie était infiltré de petites cellules rondes ; les cellules avaient perdu leur disposition radiée ; les unes étaient tuméfiées, granuleuses ; les autres atrophiées par compression. Dans le rein, le poumon et les ganglions on retrouvait les mêmes infiltrations embryonnaires ; la rate était quintuplée de volume. Fraenkel (4), à propos d'une observation recueillie sur un étudiant en médecine de 22 ans, conclut, comme Nauwerck d'ailleurs, que la Maladie de Weil n'est unique ni dans sa pathogénie, ni dans son anatomie pathologique. Stirl (5), ayant étudié un cas d'ictère chez un ouvrier âgé de 35 ans, dans le service du professeur Rosenbach, conclut, d'après les symptômes portant surtout sur le système nerveux périphérique, paralysie des membres supérieurs, des muscles de l'œil et de la face du côté gauche, qu'il s'agit là d'une intoxication provenant de l'appareil digestif et du foie et il propose le nom de gastro-entérite fébrile infectieuse compliquée d'ictère. Nous ferons remarquer ici qu'on peut retrouver dans Broussais des observations de typhus et de gastro-entérite qui répondent exactement à ces nouvelles découvertes. — Tymowske (6) a fait une thèse récente sur l'ictère abortif à propos de l'observation d'une malade dont le syndrome répondait assez à celui de la Maladie de Weil. Il pensa d'abord à une fièvre typhoïde abortive compliquée d'ictère catarrhal. Les conclusions de sa thèse sont que l'anatomie pathologique de la Maladie de Weil est jusqu'à présent insuffisante ; que beaucoup des faits publiés jusqu'à présent ne rentrent pas dans le syndrome décrit par Weil ; et enfin que ce syndrome n'est pas une véritable entité nosologique, car il rentre dans le groupe des ictères fébriles déjà décrits par les auteurs français. L'ordre chro-

(1) Hueber. — *Die neuen Infectionskrankheit Weil's in der Armée ;* in *Deutsch milit. Zeitsch.*, 1888, n° 4, p. 165.
(2) Patella. — *Sulla Malattia di Weil ;* in *Congrès de médecine interne de Rome*, 1888.
(3) Wassilieff. — *Wiener Klinike*, août, sept. 1889.
(4) Miller. — *Notes of a case of Weil's disease ;* in *British med. Journal*, 1889, 6 juillet, p. 11.
(5) Mathieu. — *Arch. générales de médecine*, février 1887, p. 221.
(6) Wagner. — *Zwei Fälle von Fieberhaften Icterus (Weil) ;* in *Deustch Arch. f. Klin. Méd.*, 1887, vol. 40, p. 621.
(7) Haas. — *Ein Beitrag zur neuen Infectionskrankheit Weil's ;* in *Prager med. Wochensch.*, 1887, n° 39, p. 327.
(8) Pfuhl. — *Typhus abdominalis mit Icterus ;* in *Deutsch. milit. Zeitschr.*, 1888, p. 385.
(9) Vierordt. — *Ein Beitrag zur fieberhaften Gelbsucht ;* in *internat. Klin. Rundschau*, 1889, n° 4.
(10) Aufrecht. — *Die acüte Parenchymatose, etc. ;* in *Arch. f. Klin. Med.*, 1887, vol. 40, p. 619.

(1) Nauwerck. — *Il Morgagni*, 1888, p. 689.
(2) Pernewann. — *Weil's Disease ;* in *Lancet*, juillet 1889.
(3) Brodowski et Dunin. — *Ein Fall der sogennanten « Weil'schen infectiosen Krankheit » mit letalem Ende. ;* in *Deutsch. Arch. f. Klin. medic.*, 1888, vol. 43, p. 579.
(4) Fränkel. — *Zur Lehre von der sogennanten Weil'schen Krankheit ;* in *Deutsch med. Wochensch.*, 1889, févr., p. 165.
(5) Stirl. — *Zur Lehre von den Weil'schen Krankheit ;* in *Deutsche med. Wochensch.*, 1889, sept., p. 798.
(6) Tymowske (Jean). — Thèse, Paris, 1889, n° 19.

© ANM

nologique nous amène maintenant à une excellente et très complète étude, celle de Mazotti (1), qui a étudié un grand nombre de cas, et rappelé, comme plusieurs autres, ses observations antérieures, depuis 1882, lorsqu'elles présentaient quelques-uns des traits de la Maladie de Weil. Il conclut que rien, dans les observations publiées ou observées directement par lui, ne permet de conclure qu'on a affaire à une seule maladie infectieuse plutôt qu'à divers processus morbides. Il a observé les mêmes lésions désintégratives des cellules hépatiques que ses prédécesseurs ; il a constaté que les reins se trouvaient également lésés ; quelques-unes des complications générales des maladies infectieuses, la tuméfaction des glandes salivaires, leur suppuration, l'eschare fessière, le gonflement de tous les ganglions lymphatiques du corps ont été notés par lui dans les cas graves. Il ne nous reste à citer que le travail de Weiss (2), qui insiste surtout sur le gonflement du foie ; celui de Karlinski (3), qui a observé 5 cas d'ictère fétide ne rentrant pas entièrement dans le cadre général, car ils se rapprochaient par quelques points de la fièvre palustre, et l'auteur a constaté des bâtonnets inconnus, dont quelques-uns à forme spirillaire, et enfin deux travaux français, ceux du Dr Sezary, d'Alger (4), et du Dr Ducamp, de Montpellier (5). Le premier rapporte l'histoire d'un homme de 45 ans, boucher, atteint d'une affection fébrile ictérique qu'il rapporte à la maladie de Weil. Le second a vu une petite épidémie d'ictère se déclarer chez trois ouvriers sur six, occupés à curer un égout obstrué. L'examen bactériologique du sang a été négatif.

Au bout de cette longue revue, que nous avons pourtant écourtée le plus possible, nous pouvons jeter un regard en arrière et constater que, comme nous l'avons dit au début, un certain nombre d'observations de fièvre ictérique bénigne, de maladie infectieuse non mortelles à déterminations surtout hépatiques, avaient été déjà publiées et interprétées jusqu'au jour où Weil a créé l'espèce, qui, grâce à la rapidité de la vulgarisation par la presse scientifique, est devenue en très peu de temps célèbre.

Beaucoup d'auteurs, surtout en Allemagne, ont espéré que, dans le cadre ainsi créé, l'on pourrait faire rentrer tous les types mal définis, isolés les uns des autres, qui existaient publiés dans la science ou inédits dans leurs observations personnelles.

Mais bientôt il a fallu en rabattre. Dans la longue énumération que nous venons de faire, on voit bien peu d'opinions concordantes sur la pathogénie, sur l'anatomie pathologique, sur l'évolution même de la Maladie de Weil. Elle reste donc un syndrome clinique, tout comme l'ictère grave lui-même, mais elle n'est pas une maladie, une entité nosologique ayant sa cause, ses lésions, son commencement, son milieu et sa fin. Pourtant toute cette campagne a-t-elle été inutile ? Je ne le crois pas. Il est clair que de tant de matériaux accumulés on peut tirer quelque profit. Les résultats que l'on peut tirer de l'examen des différentes revues cliniques sont un peu contradictoires. Les unes refusent à Weil tout mérite, en prétendant que le syndrome qui porte son nom avait été décrit avant lui dans des observations isolées ; les autres affirment que ce syndrome n'existe pas, et qu'on doit faire rentrer dans l'ictère catarrhal les cas de Weil et de ses successeurs. Doit-on conclure avec Bernheim (Dict. Encycl.) que « la Maladie de Weil n'est autre chose que l'ictère essentiel d'Ozanam, l'ictère pseudo-grave de Grellety, la fièvre ictérique de Lancereaux, le typhus hépatique de Landouzy et Mathieu, l'ictère grave sporadique curable de Rondot? » Je crois que c'est vouloir tout remettre en question et tout confondre à nouveau, et qu'on pourrait plutôt essayer de distinguer dans tout ce groupe différentes variétés. Il faudrait prendre pour guide dans cette analyse non point la pathogénie qui nous échappe encore, mais le point de départ anatomique de la lésion. En effet, il est bien entendu qu'il s'agit de maladies infectieuses, où les symptômes provenant des troubles hépatiques sont les plus saillants ; mais le foie n'est pas malade primitivement, sans porte d'entrée. Laissant de côté le rôle des lymphatiques, qui nous est encore trop peu connu, nous devons chercher le point de départ des lésions du foie dans l'ictère hépatique, les canaux biliaires ou la veine porte. Une telle dissociation peut être possible au début des accidents. Plus tard, quand la désorganisation du foie est avancée, les signes les plus frappants sont, quelle qu'ait été la porte d'entrée, ceux de l'insuffisance hépatique avec fièvre, et toutes ces affections ont, par là même, un cachet commun ; l'analyse en devient donc beaucoup plus difficile.

Les infections qui se propagent au foie par la circulation générale et l'artère de nutrition, par les voies biliaires, par l'absorption veineuse intestinale, sont de deux ordres au point de vue de leur importance clinique. Les unes sont l'extension à la glande hépatique de processus morbides déjà connus ; elles sont secondaires. Les autres sont dites primitives, parce que les désordres hépatiques par lesquels elles se révèlent sont les phénomènes les plus saisissables pour nous de leur histoire. Pour mieux faire comprendre la classification dont je propose l'esquisse, je citerai, à côté de chaque affection dite primitive, l'affection secondaire, mieux connue, qui lui est similaire.

L'*artère hépatique*, souvent négligée à cause de son faible volume, joue pourtant un rôle considérable dans le foie ; c'est par son intermédiaire que s'exerce l'action nerveuse sur la glande. Dans les maladies infectieuses générales, son rôle est très évident. La pneumonie bilieuse est un exemple d'infection secondaire du foie par l'artère hépatique, ainsi que la malaria. Nous avons vu que pour Wassilieff les cas semblables à la Maladie de Weil qu'il a observés dépendaient d'une infection générale. C'est donc comme infection primitive par l'artère hépatique qu'on devrait la classer s'il fallait accepter l'interprétation qu'il en donne.

Les *voies biliaires*, qui contiennent, malgré le pouvoir relativement antiseptique de la bile, des microbes étudiés principalement par Netter et par Ern. Dupré, nous offrent beaucoup d'exemples d'infections secondaires. Telles sont celles qui accompagnent les calculs, les néoplasmes de la vésicule. Comme infections primitives, nous croyons qu'on peut citer les faits de Kelsch et de Chauffard, et un certain nombre d'infections dans lesquelles l'ictère a été rapide ; tel un cas de la thèse de Dat.

La *veine porte* nous offre un exemple classique d'infections : c'est la fièvre typhoïde, à forme bilieuse, avec ses lésions du tube digestif et son retentissement sur le foie, dont les lésions dans ce cas ont été étudiées à fond dans la thèse récente de Legry (1890). Mais, à côté d'elle, il existe un grand nombre d'infections, les unes connues, comme le charbon intestinal ; les autres encore inconnues. C'est dans

(1) Mazotti. — *Ossevazioni Kliniche ed Anatomiche intorna all « Malattia der Weil »* ; in *Société méd. chirurgicale de Bologne*, 8 novembre 1889.
(2) Weiss. — *Weil'schen Krankheit* ; in *Wienen med. Wochenschr.*, 15 mars 1890.
(3) Karlinski. — *Zur Lehre von der infectiosen fieberhaften mit Icterus, etc.* ; in *Forschritt der Medic.*, mars 1890.
(4) Sezary. — *Un cas de maladie de Weil* ; in *Revue médecine*, 10 juin 1890, p. 483.
(5) Ducamp. — *Une petite épidémie d'ictère infectieux* ; in *Revue médecine*, 1890, p. 520.

© ANM

ce dernier groupe, je crois, qu'il faut ranger le typhus hépatique de Lancereaux, de Landouzy, de Mathieu, l'ictère abortif de Grellety-Bosviel. La Maladie de Weil, dont nous ne referons pas le tableau symptomatique, pour abréger une étude que la bibliographie allonge déjà beaucoup, répond dans ses grandes lignes au type des infections d'origine porte. Quand ce n'est pas une épidémie de caserne, elle sévit chez les hommes jeunes, terrassiers, bouchers, égoutiers, vidangeurs. On y trouve des ulcérations intestinales. Les lésions du foie, sans être spécifiques, correspondent à celles qu'on observe dans les maladies infectieuses ; l'ictère est tardif et ne se produit qu'à la suite des destructions du parenchyme glandulaire. Il n'en est pas ainsi dans les ictères biliaires d'emblée. La courbe ascensionnelle du début est celle d'une fièvre typhoïde. Mais cette dernière ne fait que traduire la marche ascendante d'une infection par le tube digestif. Quand elle s'est généralisée, on observe des lésions diffuses portant sur le rein, le cerveau, les glandes salivaires et lymphatiques, etc. C'est donc dans la classe des infections par l'absorption du système porte, qu'il faudrait ranger les cas décrits récemment en Allemagne et en France. Néanmoins, le terme de Maladie de Weil peut être critiqué, car on ne sait s'il englobe toutes les infections portes, encore indéfinies, se traduisant par des ictères bénins fébriles, ou si on le doit restreindre à une maladie spéciale, dégagée de cet ensemble. Le premier point n'est qu'une question d'usage grammatical. Le second est plus important, car il s'agit de déterminer s'il existe, oui ou non, une nouvelle espèce nosographique complètement élucidée. En l'absence de pathogénie, de bactériologie, d'anatomie pathologique vraiment spécifique, il est difficile de se prononcer pour l'affirmative, car un syndrome ne suffit pas pour constituer une maladie. Il est donc à désirer que tout le labeur actuel ne soit pas perdu et que ces recherches se poursuivent ; que la lumière se fasse sur cette question si difficile des ictères infectieux curables venus si rapidement à maturité après une longue période d'incubation.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX (Prix de la Faculté). — *Première année.* Prix : Médaille d'argent et 100 fr. de livres, M. Castaigne, E.-P.-J., né le 26 février 1871, à Bassac (Charente). Mention honorable : M. Haury, G.-E., né le 13 avril 1872, à Saintes (Charente-Inférieure). M. Brieu, J.-H., né le 13 août 1870, à Contras (Gironde). M. Faure, M.-M.-A.-M., né le 22 janvier 1871, à Périgueux (Dordogne). — *Deuxième année.* Prix : Médaille d'argent et 100 fr. de livres, M. Larre, H.-F., né le 30 septembre 1870, à Oloron-Sainte-Marie (Basses-Pyrénées). M. Guilhon, R.-J.-A., né le 1er novembre 1869, à Sempesserre (Gers). M. Brunet, J.-P.-G., né le 19 novembre 1870, à Bègles (Gironde). — *Troisième année.* Prix : Médaille d'argent et 85 fr. de livres, M. Riffé, J.-L.-E., né le 14 septembre 1869, à Béceleuf (Deux-Sèvres). — *Quatrième année.* Prix : Médaille d'argent et 185 fr. de livres, M. Fromaget, V.-C., né le 12 février 1869, à Saintes (Charente-Inférieure).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. de Girard, agrégé près de la Faculté de médecine de Montpellier, est maintenu en exercice pendant l'année scolaire 1890-1891. Sont nommés pour deux ans, à partir du 1er novembre 1890, à la Faculté de médecine de Montpellier et maintenus en exercice pendant l'année scolaire 1890-1891 : *Aide de physique*, M. André (P.-J.-A.), bachelier ès lettres et ès sciences, en remplacement de M. Bangnerolle, dont la délégation est expirée ; — *Aide de chimie*, M. Custan (P.-E.-A.) bachelier ès lettres et ès sciences restreint, en remplacement de M. Mainguy, dont la délégation est expirée ; — *Aide de médecine opératoire*, M. Capmann (D.-H.-M.), bachelier ès lettres et ès sciences, en remplacement de M. Marrel, démissionnaire ; — *Aide de clinique des maladies syphilitiques et cutanées* (emploi transformé), M. Debru (J.-E.), bachelier ès lettres et ès sciences restreint.

FACULTÉ DES SCIENCES DE NANCY. — M. PETIT, docteur ès sciences physiques, est chargé, pour l'année scolaire 1890-1891, d'un cours de chimie agricole, à la Faculté des sciences de Nancy.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'Hypnotisme devant la *British Medical Association*. Projet de loi d'interdiction des séances publiques.

De même qu'en Belgique et en Italie, on s'est ému en Angleterre des scandales et des accidents provoqués par les exhibitions de somnambules plus ou moins authentiques et l'hypnothérapie dont on fait, depuis quelques années, tant de bruit en France, n'a pas encore conquis les faveurs des compatriotes de Braid, si on s'en rapporte à la récente discussion soulevée à ce sujet au sein de la *British Medical Association*.

A vrai dire, on me semble un peu en retard sur la question.

Norman Kerr reproche au sommeil provoqué d'entraîner un trouble des fonctions du cerveau, des conditions anormales d'exaltation de la réceptivité et de l'énergie cérébrales. L'hypnotisme est dangereux, car souvent il laisse à sa suite des troubles de l'intelligence ou une excitation nerveuse. Après des séances trop prolongées et trop souvent répétées, les fonctions cérébrales se dérangent et le sujet tombe dans un état de déchéance intellectuelle voisin de la démence.

Par cela même que les phénomènes de l'hypnotisme sont des choses réelles, que le sommeil provoqué peut apporter des perturbations profondes au jeu de toutes les fonctions cérébrales, il est nécessaire de le soustraire aux mains des charlatans malhonnêtes et des amateurs maladroits, qui ne peuvent qu'en faire un instrument de maux.

Employer l'hypnotisme comme moyen thérapeutique, c'est substituer une maladie à une autre. La suggestion hypnotique peut, pendant un certain temps, apaiser les douleurs, faire disparaître certains symptômes morbides. Mais la maladie, dont ces symptômes ne sont que l'expression, n'est pas forcément guérie de ce fait, et, dans bien des cas, la mort arrive plus vite.

Et puis, à quel terrible esclavage l'hypnotique n'est-il pas condamné ? Cet esclavage est pire que des jours et des nuits de souffrance ; il brise complètement la vie de ceux qui en sont victimes, car ils n'ont plus de volonté, ni d'initiative personnelle : ils ne vivent que par leur *magnétiseur*. C'est donc avec raison qu'on interdira les pratiques hypnotiques.

Ce sont là de vieux arguments usés et rebattus, mais toujours bons, paraît-il, puisqu'on nous les ressert toujours. Cependant l'hypnothérapie trouve, dans le sein de la Société, des défenseurs ardents et convaincus ; le Dr Kingsbury, qui exprime l'espoir que les médecins se familiariseront de plus en plus avec ses pratiques et en obtiendront comme lui de bons résultats. Clifford Albutt, Hack Tuke se rangent aussi parmi les partisans de la thérapeutique hypnotique, sans condition.

Vous croyez que la cause est gagnée ? Point du tout ! L'argument *ad hominem* achève sa déroute. — Au milieu de la discussion, un orateur demande tout à coup si, connaissant tous les inconvénients que présente l'hypnotisme au point de vue moral, quelqu'un des membres présents consentirait à laisser endormir sa femme ou sa fille.

© ANM

Là-dessus, chacun de déclarer que le Gouvernement doit mettre un terme à ces *scandaleuses exhibitions d'hypnotisme*, et qu'il est du devoir de la *British Medical Association* de nommer une commission pour faire une enquête sur les résultats thérapeutiques de l'hypnotisme, ainsi que des expériences sur l'homme et sur les animaux. Et, sur-le-champ, un vœu a été émis pour engager le Gouvernement à interdire sévèrement les séances publiques d'hypnotisme. Hélas ! je crains bien que ce ne soit pas cette loi qui empêche les charlatans de faire salle comble. Mieux vaudrait peut-être mettre le public sur ses gardes en lui montrant les dangers qu'il y a à s'exposer à devenir les instruments inconscients d'individus sans conscience (1).

L. R.

Laïcisation des Hôpitaux : Dépenses.

L'un des principaux arguments invoqués par les adversaires de la laïcisation des hôpitaux contre cette réforme est tiré de l'augmentation des dépenses qui résulterait, suivant eux, de la substitution des Laïques aux Religieuses. Dans les hôpitaux laïcisés, « les lits coûteraient incomparablement plus chers », dit le *Soleil* du 18 avril. « La rentrée des sœurs serait une économie de 60 pour 100, » écrit M. Gaston Calmettes dans le *Figaro* du 26 avril. Et ces affirmations sont répétées à l'unisson par tous les journaux réactionnaires. Voyons ce qu'elles ont de fondé et, dans ce but, comparons deux hôpitaux laïques à l'Hôtel-Dieu et à St-Louis, encore entre les mains des religieuses.

Les renseignements sur lesquels nous allons nous appuyer sont tirés du *Projet de Budget de l'Assistance publique* à Paris pour 1891 (Tableau annexe V). Ils méritent d'attirer très sérieusement l'attention de nos lecteurs. Après défalcation des frais du personnel médical qui sont variables suivant l'excentricité des hôpitaux, les dépenses des hôpitaux qui restent encore aux communautés religieuses, c'est-à-dire l'Hôtel-Dieu et Saint-Louis, peuvent être comparées aux dépenses de deux hôpitaux laïcisés, d'*importance semblable*, Saint-Antoine et Tenon, pour cette même année, à prix égal de toutes choses par conséquent, *et attendu que, dans les uns comme dans les autres, le personnel est entièrement logé.*

1° *Hôpitaux non encore laïcisés.*

Sans les frais du personnel médical, la journée d'un malade revient :

	fr. c.
A l'Hôtel-Dieu à.	3.40 56
A Saint-Louis à	3.32 51
Moyenne	3.36 53

2° *Hôpitaux laïcisés.*

Prix de journée comme ci-dessus, sans les frais du personnel médical :

	fr. c.
A Saint-Antoine.	2.57 92
A Tenon	2.74 75
Moyenne	2.66 33

Les traitements du personnel administratif et des salles qui se confondent S. Ch. 1 et 6 réunis, coûtent par journée de malade :

	fr. c.
A l'Hôtel-Dieu	0.28 20
A Saint-Louis	0.30 94
Moyenne	0.29 57
A Saint-Antoine	0.27 06
A Tenon	0.25 47
Moyenne	0.26 11

(1) Voir sur ce sujet la lettre de M. CHARCOT au Dr Melotti (*Œuvres compl.*, t. IX).

La dépense en traitements est donc plus faible dans les deux hôpitaux laïcisés ; l'économie relative est de : 0 fr. 0346 × 633.000 journées = 21.900 francs par an. L'excédent général de dépense dans les hôpitaux cléricaux est plus considérable sur tous les autres sous-chapitres par le fait du défaut d'ordre et du gaspillage inhérents à l'administration des communautés religieuses. C'est ainsi qu'à l'Hôtel-Dieu on dépense en moyenne, par malade et par jour :

0 fr. 68.25 de viande.
0 fr. 22.55 de pain.
0 fr. 36.17 de vin.
0 fr. 45.74 de comestibles, etc., etc.

Tandis qu'à Saint-Antoine et à Tenon, pour les mêmes malades exactement, on dépense en moyenne, par journée de malade :

0 fr. 41.99 de viande.
0 fr. 13.79 de pain.
0 fr. 22.21 de vin.
0 fr. 34.02 de comestibles, etc., etc.

On voit, par ces chiffres authentiques, ce que valent les allégations de mauvaise foi proférées contre la laïcisation des hôpitaux au point de vue économique.

En résumé, si l'Hôtel-Dieu et Saint-Louis étaient laïcisés et administrés en conséquence, comme Saint-Antoine et Tenon, on réaliserait une économie, par journée de malade, égale à la différence entre les chiffres donnés plus haut.

	fr. c.
Moyenne des deux hôpitaux cléricaux, sans les frais du personnel médical.	3.36 53
Moyenne des deux hôpitaux laïcisés, sans les frais du personnel médical.	2.66 33
Soit	0.70 20

Soixante-dix centimes, 20/100 par jour et par malade, ce qui produirait, pour les 550.000 journées de l'Hôtel-Dieu et de Saint-Louis réunies, l'économie

de 386.000 francs par an.

avec lesquels, à un prix de journée total d'un hôpital d'importance secondaire laïcisé, comme Cochin, par exemple, qui est de 2 fr. 88, on pourrait entretenir complètement un hôpital d'importance semblable, soit de 370 lits, hôpital nouveau dans un des arrondissements qui en sont privés, avec environ 134.100 journées de malades.

Ces chiffres, dont il est facile de vérifier l'exactitude, montrent d'une façon évidente que le prix de revient par journée de malade, contrairement aux assertions de nos adversaires, loin d'être plus élevé dans les hôpitaux laïcisés (Saint-Antoine et Tenon) que dans les deux hôpitaux conservés momentanément par les religieuses, est au contraire moins élevé.

BOURNEVILLE.

HYGIÈNE DES VILLES.—*Alimentation en eau de la ville de Dinard.* — M. le Dr Thoinot a lu cette semaine au Comité consultatif d'hygiène de France un rapport, dont les conclusions sont adoptées à l'unanimité, sur un projet d'*alimentation en eau de la ville de Dinard*. Le rapport conclut au rejet. On propose de capter l'eau en un point dont le voisinage serait dangereux pour la pureté de l'eau : gare de chemin de fer, usine à gaz, lavoir, etc. L'analyse a d'ailleurs prouvé que l'eau prise à ce point est souillée.

CONGRÈS DES AMÉRICANISTES EN 1890 A PARIS. — Ce Congrès a eu lieu cette semaine. Ont été élus : *Président*, M. de Quatrefages ; *Vice-présidents* : MM. le Dr Altamirano (Mexique), Dr Brinton (États-Unis), Pr Cora (Italie), Dr Hamy (France), Dr Hellmann (Allemagne), marquis de Nadaillac (France), etc. ; — *Membres du conseil* : MM Adam (France), Dr Morado (Cuba), Dr Stoll (Suisse), Dr Triana (Colombie), etc. M. Virchow (Berlin) y assistait et a été présenté au président de la République.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — *Prix Blache.* — A la suite du concours de 1890 pour le prix du docteur Blache, le ministre de la marine vient de décerner ledit prix à M. le docteur Le Dantec, pour son travail intitulé : *Traitement ds la dysenterie des pays chauds par lavages antiseptiques du gros intestin.*

© ANM

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 11 octobre 1890. — PRÉSIDENCE DE M. CHAUVEAU.

La correspondance pendant les vacances comporte deux notes : l'une de M. LATASTE (de Santiago), sur *une nouvelle théorie de la gestation* ; l'autre de MM. CADÉAC et MEUNIER, sur l'*action physiologique de l'essence de Calamus aromaticus*. Ces deux notes, dont M. le Secrétaire donne seulement les titres, seront imprimées dans les comptes rendus.

M. FÉRÉ a étudié l'*influence du système nerveux sur l'infection* en profitant d'un enfant atteint d'une hémiplégie infantile, qu'on a vacciné sur les deux bras en prenant un enfant témoin. Le bras du côté sain n'a rien eu, mais il s'est développé une pustule sur le bras du côté malade.

M. FÉRÉ a déjà publié ses recherches sur *la toxicité des urines chez les épileptiques*. — L'urine post-paroxystique lui a toujours paru beaucoup moins toxique que celle qui se trouve dans la vessie avant l'accès ; dans les accès d'excitation et chez un malade pour lequel l'accès a duré trois jours, l'urine n'est pas non plus très toxique ; mais elle l'est plus qu'à l'état normal. M. Féré pense que cette toxicité est due au surmenage et qu'elle n'est pas la cause de l'accès d'épilepsie. Les lapins injectés avec ces urines ont des troubles trophiques consistant en ulcérations avec chute des poils tout le long de la colonne vertébrale.

M. FÉRÉ montre les photographies d'un *malade atteint d'ulcérations cutanées bromiques*, étendues, à fond saignant et fongueux, qui a guéri par l'emploi du naphtol et du salicylate de bismuth. Les malades de ce genre sont en effet des constipés, et, en assurant chez eux l'antisepsie du tube intestinal on peut prolonger le traitement bromuré, en dépit des accidents cutanés, qui guérissent sans interruption de la médication.

M. GLEY communique le *résultat de ses observations sur un supplicié*. — Le cœur, après 4 minutes 1/2, battait encore d'une façon rythmique, comme celui d'un lapin dont on vient d'ouvrir le thorax. En excitant par l'électricité le cœur du chien, on observé que les ventricules sont pris d'une série de mouvements désordonnés que Vulpian, qui les a observés en 1876, a décrits et caractérisés du nom de trémulations. Kroneker a montré que la simple piqûre du cœur donne chez l'animal le même résultat. Sur le cœur du supplicié mis à sa disposition, M. Gley a pu constater, à la suite d'une excitation mécanique, une piqûre, l'entrée des ventricules en trémulation, puis leur arrêt. Les oreillettes sont entrées aussi en trémulation, mais ont repris leur rythme après quelques instants. Seulement les mouvements des deux oreillettes n'étaient plus synchrones, ils étaient dédoublés, ce qui peut faire admettre l'existence de deux centres distincts de mouvements pour ces organes. M. Gley a pu aussi constater des contractions régulières et rythmiques du diaphragme.

MM. SANCHEZ TOLEDO et REILLON ont recherché la *présence du bacille du tétanos dans les excréments du cheval et du bœuf à l'état sain*. — L'origine tellurique du tétanos est parfaitement établie maintenant, d'après les recherches de Nicolaier. On a trouvé le bacille et ses spores dans la poussière des foins et même dans les excréments, mais les recherches portant sur ce dernier point ne sont pas démonstratives. En inoculant directement, dans une pochette sous-cutanée pratiquée dans le dos d'un lapin et d'une souris, des portions assez grosses, du volume d'une noix, par exemple, de crottin d'un cheval dont la nourriture était mélangée de bacilles de Nicolaier, on observe des résultats variables. Les souris meurent de septicémie, car les microbes septiques se développent plus rapidement que le bacille sporulé de Nicolaier. Les lapins sont plus réfractaires à la septicémie ; aussi un grand nombre meurent-ils du tétanos, dont on retrouve le micro-organisme dans leurs tissus. Il est à noter que les animaux qui ingèrent les bacilles tétaniques n'en souffrent aucunement. Mais, comme on le voit, les bacilles se retrouvent dans les fèces.

M. BOURQUELOT lit une note sur *les matières sucrées et les hydrates de carbone chez les champignons*. — Il n'a pas obtenu de glycogène en épuisant les champignons par l'eau bouillante ou en les desséchant. On y rencontre du tréalose avec la première méthode, de la mannite par la seconde, car le premier sucre se transforme par suite de la végétation même du champignon pendant le temps qu'exige la dessication de la plante. Le chloroforme arrête cette transformation.

M. QUINQUAUD présente une note du Dr SCHMIDT, sur le *chlorhydrate d'oréxine*, qui a été considéré à l'étranger comme ayant une certaine influence sur la digestion stomacale. M. Schmidt n'a rien retrouvé de semblable, mais il a pu déterminé la dose toxique de ce nouveau produit et a constaté qu'il transforme l'hémoglobine et la fait passer à l'état de méthémoglobine intra-globulaire. On peut déduire de là les effets cliniques du toxique : arrêt respiratoire primitif et abaissement de la température.

M. RETTERER. — *Sur la formation du prépuce et du sillon rétro-préputial*. — Cette question a été étudiée par nombre d'auteurs, dont les avis sont variables. Ce sont Bokai, Schweigger, Seidel, Colucci, Tourneux, etc. Sur les embryons de 3 mois 1/2, longs de 10 centimètres, le pénis, coupé suivant son grand axe, laisse voir que le repli pénien est consécutif à la formation d'un bourrelet épidermique circulaire, s'enfonçant en bourgeon dans le tissu mésodermique. La portion supérieure à ce bourgeon en nappe se développe comme une vaste papille circulaire et s'accroît jusqu'à former la couronne du gland. Le repli ectodermique s'enfonce dans la profondeur jusqu'au fascia penis: ce qui explique l'adhérence de la peau et l'absence de tissu conjonctif à ce niveau.

M. CHARRIN présente des pièces provenant de lapins, de cobayes et de chats qui montrent que les *lésions produites par le bacille pyocyanique diffèrent suivant les espèces animales*. En effet, chez le chat il produit à coup sûr une stéatose considérable des épithéliums du foie et du rein, alors que sur les Rongeurs ces lésions sont beaucoup plus rares.

M. ROGER a cherché à se rendre compte des *différences qui peuvent exister entre la tuberculose des Gallinacés et la tuberculose humaine*. — Par l'inoculation directe, on tue les lapins et les volailles avec une égale facilité, que l'on prenne des produits de tuberculose humaine ou de tuberculose des volailles. Mais les cobayes se comportent d'une façon bien différente. Un seul a été tué par la tuberculose des poules sur 14. Les autres ont continué à se bien porter ; sacrifiés, ils ne portaient que des lésions locales peu étendues, constituées par des tuberculoses en transformation fibreuse, ou même une absence complète de lésions (6 fois sur 14). Pourtant les inoculations s'étaient accompagnées de tubercules locaux et d'adénites transitoires.

M. CHARRIN. — Si la différence qui existe entre les deux sortes de tuberculoses est fondée, beaucoup d'expériences de laboratoire faites avec des cultures de la tuberculose des faisans seront à reprendre. Alex. PILLIET.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 14 octobre 1890. — PRÉSIDENCE DE M. MOUTARD-MARTIN.

M. BERGER présente deux malades guéris d'*ulcères de jambe par l'autoplastie italienne modifiée*. Chez le premier, il y avait un ulcère circulaire, probablement d'origine syphilitique, avec rétraction des tissus sous-jacents ayant déterminé un étranglement annulaire de la jambe au tiers inférieur, avec troubles trophiques de la peau, œdème du pied, rétractions tendineuses et raideur totale

© ANM

des articulations du pied et du cou-de-pied. Par quatre opérations, en l'espace de dix-huit mois, les téguments normaux furent restitués sur toute la circonférence de la jambe et l'ulcère fut guéri en empruntant quatre lambeaux aux cuisses et à la jambe opposée. Le pédicule de ces lambeaux fut coupé en moyenne le 21e jour. Les troubles trophiques ont disparu et le membre a recouvré ses mouvements normaux. Le second malade avait des ulcères incurables des deux jambes, au centre de cicatrices étendues de brûlures. Une de ces pertes de substance fut comblée par un lambeau emprunté à la cuisse correspondante en flexion forcée maintenue jusqu'à la section du pédicule. Le résultat est aussi bon que possible.

Le but que se propose l'auteur, dans ces autoplasties, n'est pas seulement d'obtenir une cicatrice résistante, mais de pourvoir le membre de téguments normaux doublés d'un tissu cellulaire en permettant le glissement, et, en même temps, de faire disparaître la rétraction cicatricielle, en extirpant non seulement l'ulcère, mais les parties profondes sur lesquelles il repose. Ni les greffes de Reverdin, ni celles de Thiersch ne donnent un semblable résultat, mais, pour l'obtenir, il faut que le membre auquel on emprunte les lambeaux soit sain. Aussi ces opérations sont-elles peu applicables aux véritables ulcères variqueux.

M. Baudon (de Nice) lit un travail sur la *diathèse goutteuse chez la femme, la multiplicité de ses formes, la transformation apparente de ses manifestations*. Il pense que, contrairement à l'opinion courante, la goutte est très fréquente chez la femme, dont un grand nombre de troubles morbides, graves au premier abord, disparaissent sous l'influence d'un traitement par les alcalins, le massage, etc. Plusieurs de ses malades ont ainsi guéri à la suite d'un traitement antigoutteux. Ce qui diffère dans la goutte de la femme c'est la forme des manifestations, car elle se présente rarement sous l'aspect de la fluxion articulaire. Il a pu constater, du reste, au moment des accidents, que les urines étaient épaisses, rouges et contenaient en grande abondance de l'acide urique.

M. Fort présente une jeune fille de 19 ans opérée avec succès d'un *rétrécissement infranchissable de l'œsophage consécutif à l'ingestion d'un liquide corrosif*, par l'électrolyse linéaire combinée avec la dilatation.

M. Marjolin lit un rapport sur un travail de M. Du Mesnil (de Vincennes) sur le *logement du pauvre*. Il pense que l'opinion de l'Académie peut avoir une grande importance sur les modifications à introduire dans la loi sur les logements insalubres et propose que cette question soit mise à l'ordre du jour des séances ; ce qui est adopté.

M. Chauvel lit un rapport sur un travail de M. Galezowski relatif à un *nouveau procédé opératoire dans le traitement du rétrécissement lacrymal*, dont il conteste et désapprouve les conclusions.

Il lit également un rapport sur un travail de M. Vaslin (d'Angers) relatif à la *trépanation dans les accidents éloignés consécutifs aux blessures de la tête*. Il se rallie aux conclusions de l'auteur et montre qu'elles étaient déjà admises depuis longtemps par beaucoup de chirurgiens.

M. Charpentier lit un rapport sur le prix de l'hygiène de l'Enfance dont le sujet proposé était : *De l'éducation des sens de la vue et de l'ouïe dans la première et la seconde enfance*.

Paul Sollier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 10 Octobre 1890. — Présidence de M. Dumontpallier.

M. Debove cite l'observation d'une malade qui semble avoir été guérie d'une *péritonite tuberculeuse* par une ponction, suivie d'une injection d'eau stérilisée, saturée d'acide borique. Il pense qu'on obtiendra de ce procédé le même succès que les chirurgiens de la laparotomie.

Il signale ensuite l'observation d'un malade atteint *d'hystérie simulant la chorée de Sydenham*. Ce malade s'est présenté à lui avec tous les symptômes de la chorée ; l'interne ayant constaté des zones hystérogènes aux points correspondants aux points ovariens de la femme, une pression énergique est exercée sur ces points. La chorée cesse au bout d'une minute. Cet homme présente de l'anesthésie du pharynx ; un de ses oncles a fait un séjour à Sainte-Anne. La chorée est survenue à la suite d'une tentative avortée de pendaison. La guérison miraculeuse de cette chorée montre qu'il s'agit d'une manifestation hystérique.

M. Merklen demande si dans la chorée la localisation unilatérale est habituelle. Lorsqu'une chorée unilatérale s'accompagne d'hémianesthésie sensitive et sensorielle l'unilatéralité de la chorée pourrait faire penser à la cause hystérique.

M. Debove. — La chorée est toujours unilatérale au début. La constatation des zones hystérogènes a seule pu faire penser à la vraie cause de cette affection chez mon malade.

M. Comby. — *Traitement de la diarrhée infantile par le lait stérilisé.* — Cette affection est le fléau des grandes agglomérations ; c'est la caractéristique du degré de misère d'un quartier. Le milieu urbain, la misère, la mauvaise alimentation, le mauvais lait en sont la cause ; l'été, la mortalité est encore plus grande, car le lait tourne facilement et agit sur les enfants comme un véritable poison. Le lait stérilisé aseptique qu'on peut donner pur, sans manipulations préalables, est le meilleur remède à cet état de choses. Sur 44 enfants ainsi alimentés 30 ont guéri radicalement ; 14 ont été améliorés ; un peu de bismuth acheva la guérison. M. Wylie, en Allemagne, a expérimenté le lait stérilisé avec un égal succès. L'indication est donc formelle. Le lait stérilisé est préférable pour l'alimentation des jeunes enfants, parce qu'il est mieux supporté et qu'il ne peut transmettre aucune maladie. Il se conserve plusieurs mois.

M. Ollivier a aussi utilisé le lait aseptique stérilisé à sa crèche avec succès ; mais il est trop cher pour la population malheureuse.

M. Comby. — L'objection est juste, quant à présent. Mais plus tard les producteurs eux-mêmes pourront stériliser leur lait et le donner à meilleur compte.

M. Debove a obtenu, du lait stérilisé, de très bons résultats chez les malades adultes. Mais il faut choisir les échantillons, car il y en a d'excellents, mais aussi de médiocres.

M. Variot. — Les hôpitaux pourraient eux-mêmes stériliser le lait nécessaire à leur consommation.

M. Comby. — Il faudrait, pour cela, qu'ils aient du lait frais naturel, ce qui n'est pas possible. Mieux vaut que le lait arrive tout stérilisé des centres de production.

M. Variot. — A Saint-Pétersbourg, on stérilise à la fois le lait et les biberons.

L.-R. Regnier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 15 octobre 1890. — Présidence de M. Nicaise.

M. Quénu cite le cas d'une femme atteinte de *métrite traitée par le crayon du chlorure de zinc*, qui a vu les accidents qu'elle présentait s'aggraver sous l'influence de ce traitement.

Il s'agit d'une jeune fille de 26 ans, ayant une métrite remontant à 3 ans, postpuerpérale ; simplement pertes blanches, *sans douleurs*. Cautérisation avec le crayon au chlorure de zinc ; dès le lendemain, *douleurs horribles* pendant 48 heures ; pendant 15 jours, persistance des douleurs ; apparition de phénomènes graves dus à une salpingite.

Avec le curetage de l'utérus, il n'a pas eu d'accidents analogues.

M. Marchand a récemment retiré de la plèvre d'un garçon de 12 ans une *sonde de caoutchouc* qui y avait pénétré après un empyème.

Discussion sur l'Appendicite.

M. Berger insiste tout d'abord sur la gravité de cette affection, l'obscurité de ses causes, la difficulté de son diagnostic et la nécessité d'intervenir chirurgicalement, si bien qu'à l'heure actuelle il n'ose pas formuler des conclusions positives. Il cite à ce propos 3 observations personnelles.

© ANM

1er *Cas.* Opération *in extremis* ; diagnostic : péritonite par perforation. Laparotomie médiane. On tombe sur une collection de la fosse iliaque droite entourée de fausses membranes. On trouve alors une *perforation* bourgeonnante de l'extrémité de l'appendice. Mort.

2e *Cas.* Diagnostic : Etranglement interne. Jeune homme, 16 ans, pris subitement de douleurs très vives dans le flanc droit. Etat très grave. On incise la tumeur de la fosse iliaque ; elle n'est ni fluctuante, ni mate. On trouve une *perforation* de l'appendice par un calcul stercoral. Résection de l'appendice. Mort par septicémie péritonéale.

3e *Cas.* Diagnostic : Périty phlite. Tumeur non fluctuante. Incision dans la fosse iliaque. On trouve un calcul stercoral dans le pus. L'appendice ne put être découvert. On le laissa en place et draina la plaie. Mort.

M. Berger se demande comment, dans ces cas, on peut faire le diagnostic. Jusqu'à nouvel ordre, c'est une question qu'on doit considérer comme non résolue, car on ne sait comment différencier la *périty phlite sans lésion de l'appendice* (on en connaît plusieurs cas authentiques) de l'*appendicite*.

Avec Kummell (Hambourg), on peut distinguer 4 classes d'appendiculites : 1° *L'appendiculite perforante aiguë ;* 2° *L'appendiculite perforante subaiguë*, dans laquelle la perforation survient après le développement de fausses membranes ; 3° *L'appendiculite simple*, sans perforation, les matières contenues dans l'appendice déterminant des adhérences ; 4° *L'appendiculite légère* ou *colique appendiculaire* (Talamon, *Méd. mod.*, 1890), caractérisée seulement par des douleurs, des vomissements, une tuméfaction légère, et la disposition assez rapide des accidents. Dans ces cas, un calcul stercoral s'est engagé dans l'appendice, puis en est ressorti. Est-il possible de différencier, en clinique, ces formes ? Pas toujours, mais parfois. Dans certains cas, le diagnostic est possible, par exemple dans les cas d'*appendicite perforante subaiguë* (maximum de la douleur, très vive, dans la fosse iliaque, début instantané des accidents, tumeur spéciale, notion vague d'un appendice rempli par des matières, etc.) ; ou bien dans les *cas très légers* (colique appendiculaire). Mais, dans les cas moyens, à début lent, il est bien difficile de se prononcer. — Faut-il intervenir de suite et dans tous les cas ? M. Berger ne le pense pas, puisqu'il y a des cas de guérison (Jégu, *Méd. mod.*, 1870). Maurin (Thèse, Paris, 1890) donnant une statistique trop chargée de décès. Dans les cas de moyenne intensité, M. Berger croit prudent de ne pas opérer de suite, d'attendre 24 à 48 heures, mais pas plus. Il ne peut se résoudre à faire une opération pour aller voir ce qu'il y a dans une fosse iliaque ; c'est pour cela qu'il attend l'aggravation des symptômes. Dans les cas très légers, il s'abstient, mais agit immédiatement dans les formes très intenses. L'incision sur la tumeur lui paraît préférable, l'incision médiane devant être réservée aux cas d'appendicite avec péritonite généralisée. Quand la collection purulente est rétropéritonéale, on pourra intervenir par les lombes ou près de la crête iliaque. La cavité ouverte devra être désinfectée et drainée (gros drains ou gaze iodoformée) et l'appendice réséqué. M. Berger s'élève avec vigueur contre les ponctions exploratrices, qui exposent à blesser l'intestin et servent à infecter le péritoine, sans rien vous apprendre de précis. L'opération doit être menée rapidement, car ces malades sont presque toujours dans un état général mauvais.

M. Richelot traite plus spécialement de l'*appendicite chez la femme*, où le diagnostic est encore plus difficile, quoique la lésion semble plus rare. Il rapporte les cas suivants :

1er *cas.* — Jeune fille, chez laquelle on avait diagnostiqué les uns périty phlite, les autres abcès du ligament large ou hématocèle. Incision exploratrice médiane : Rien dans l'utérus ni ses annexes. On referme le ventre. Nouvelle poussée aiguë. Guérison. Très probablement il s'agissait dans ce cas d'une lésion de l'appendice.

2e *cas.* — Jeune fille de 18 ans, malade depuis 18 mois, présentant des douleurs dans le côté droit, etc., en somme, tous les signes de lésions ovariennes et pas de symptômes intestinaux. Incision médiane. Contre l'ovaire droit normal, on trouve un cylindre fluctuant qui est l'appendice. Il est aussi accolé à la trompe. On le dissèque et le réséque ; il était plein de pus, mais sans corps étranger.

Ce dernier cas montre qu'il peut y avoir lésions des annexes et de l'appendice ; ce qui explique les erreurs de diagnostic et rend celui-ci plus délicat chez la femme que chez l'homme (1). On doit songer à la possibilité d'une appendicite quand une femme présente des douleurs dans le flanc droit. Il faut intervenir d'une façon précoce et hardie, si l'on veut obtenir des bons résultats.

M. Routier rapporte un cas de *perforation de l'appendice*, avec péritonite purulente consécutive, ayant occasionné plusieurs erreurs de diagnostic et s'étant terminé par la mort. Si l'on était intervenu au début, on aurait pu peut-être sauver le malade. Il faut donc agir vite.

M. Cerné lit un intéressant travail sur la *cure radicale des varices de la jambe comme moyen de traitement des ulcères variqueux*. (Renvoyé à une commission ; M. Quénu, rapporteur).

M. Quénu montre un malade chez lequel il a pu récurer le *sinus sphénoïdal, dont les parois étaient cariées*, en se créant une voie à la racine du nez.

M. Picqué montre un enfant âgé de 15 jours auquel il a enlevé une *encéphalocèle* volumineuse et chez lequel il a extirpé un peu de cervelet et du lobe occipital du cerveau.

Marcel Baudouin.

CONGRÈS ODONTOLOGIQUE SUISSE

(*Session de Genève*, octobre 1890).

Si les Dentistes ne sont pas au courant des progrès de leur science, ce n'est certainement pas faute de Congrès. Indépendamment des nombreux meetings américains, de la section Odontologique du Congrès de Berlin, les Anglais se sont réunis le 22 août, à Exeter ; les Allemands ont eu une section dans celui des sciences naturelles, à Brême, le 20 septembre. Enfin, les Suisses nous invitaient à leur 5e Assemblée annuelle, qui s'est tenue à Genève du 4 au 6 octobre 1890.

Parmi les nombreux assistants, nous citerons : M. le Prof. Billeter (de Zurich), MM. les Drs Brémond, Magitot, M. Preterre (de Paris), Dr Cludius (de Grenoble), etc.

La séance d'ouverture a eu lieu dans la salle du Grand Conseil ; on ne pouvait faire un choix plus heureux. Commodément installés dans de bons fauteuils, les congressistes ont entendu avec une attention soutenue la communication du Dr Magitot, sur les *mutilations ethniques*, les *déformations artificielles des dents, leurs variétés, leurs répartitions géographiques* (avec cartes), etc. ; celle du Dr Oltramare (de Buenos-Ayres), sur les *obturations ciment et or*, l'*extirpation du nerf à l'aide d'une fine broche actionnée par le tour dentaire*, l'*emploi de la vulcanite molle pour la rétention des appareils supérieurs* et sur *un mode de maintien des incisives inférieures ébranlées*.

M. Theo Frick de Zurich) a parlé ensuite sur le *traitement des caries de la face approximale des molaires et des prémolaires*. Il a insisté sur la restauration complète du contour des dents à leur face triturante, tout en laissant bien libre l'espace au niveau de la gencive, afin d'en rendre le nettoyage aisé.

M. le Dr Kummer, chirurgien de l'hôpital Bottini, a présenté plusieurs malades sur lesquels il a pratiqué des *résections partielles de maxillaires :* ces malades sont porteurs d'appareils de prothèse exécutés à l'école.

M. Preterre a présenté plusieurs appareils de restauration buccale et faciale, dont il a fait don au musée de l'école ; il a été appelé ensuite à donner son avis sur l'appareil à exécuter pour le dernier opéré du Dr Kummer (*résection totale du maxillaire supérieur droit*).

M. le Dr Aug. Reverdin a présenté plusieurs *instruments*, entre autres son aiguille à sutures et son ouvre-bouche pour l'anesthésie : indépendamment de sa fonction, ce dernier permet de tirer le maxillaire inférieur en avant, au cas où le patient avalerait sa langue.

(1) Nous avons eu l'occasion de voir plusieurs fois à l'hôpital Bichat notre maître, M. Terrier, réséquer des appendices au cours de salpingo-oophorectomies variées. Cet organe, tuméfié, allongé, plongeant dans le petit bassin sous forme d'une tige rigide, plus ou moins altérée, adhère assez souvent aux poches purulentes formées aux dépens des annexes. Quand on n'est pas prévenu, on pourrait le confondre à première vue avec un uretère malade ; mais il suffit d'un court examen pour reconnaître là l'appendice déplacé et tuméfié.

© ANM

M. le Dr Redard a pratiqué plusieurs *extractions*, en se servant de son procédé d'*anesthésie locale par le chlorure d'éthyle*.

M. Heydenhaus a montré sa *dent à bague* munie d'un pivot, un maxillaire supérieur portant différents spécimens de dents à pivots.

M. Emery a montré un *instrument ayant la forme d'une clef de Garengeot*. En serrant la poignée, on agit sur des mors semblables à ceux d'un davier.

M. Gesy a présenté ensuite une série de *microphotographies*.

Puis M. Witzig (de Bâle) a exposé les nouveaux *procédés d'obturations avec le verre, les couronnes, les redressements* de Herbst (de Brême).

Nous avons visité l'Ecole Dentaire, qui est très bien installée et peut recevoir facilement 60 élèves.

La *Force hydraulique*, qui est distribuée dans Genève à une pression de 15 atmosphères, a permis à MM. Bardet et Roussy de faire une installation que tous les congressistes ont visité avec beaucoup d'intérêt. Dans les sous-sols, une machine actionnée par cette pression fournit l'air comprimé pour la cloche de Paul Bert ; une dynamo placée à côté, mue de la même façon, charge en quelques heures les accumulateurs qui distribuent l'électricité nécessaire pendant une semaine aux moteurs dentaires, aux cautères, aux téléphones (1). L'espace occupé par ces deux machines est d'environ deux mètres carrés.

Nous n'avons pas eu d'exposition et nous le signalons aux organisateurs pour le prochain Congrès. M. Kœlliker a bien fait une exposition personnelle chez lui, ce dont nous le félicitons, mais cela n'est pas suffisant. Il serait à désirer qu'à chaque Congrès nous ayons la représentation exacte de tout ce qui s'est fait de nouveau, dans un local approprié.

Nous ne nous appesantirons pas sur la façon aimable et charmante dont nous avons été reçus. Pour ceux qui connaissent les Suisses, nous ne leur apprendrions rien de nouveau. Pour ceux qui les ignorent, nous ne pouvons que les encourager à faire le voyage. Deux banquets, parfaitement organisés, nous ont réunis. Le premier banquet officiel a été présidé par M. Richard, conseiller d'état, délégué par le gouvernement ; le deuxième, banquet d'adieu l'a été par M. le Dr Redard. De nombreux toasts ont été portés ; entre autres, nous citerons celui du Dr Redard au Dr Magitot et à M. Preterre, considérant le premier comme un de nos maitres en science odontologique et le second comme un de nos plus distingués praticiens. Puis un toast aux deux représentants de la presse parisienne. M. le Dr Brémond a remercié, dans une chaleureuse improvisation. Sept heures sonnaient l'heure du départ, et c'est avec regrets que nous nous retirons, au moment où le Dr Reverdin, dans un spirituel speech, expliquait les différents modes de suture. Espérons que les dentistes français ne se laisseront pas plus longtemps devancer par leurs voisins et que l'année prochaine nous pourrons, soit à Paris, soit en province, rendre à nos confrères étrangers leur hospitalité, leur courtoisie et leur politesse.

Louis Meng.

CHRONIQUE HOSPITALIÈRE

L'Asepsie et l'Antisepsie à l'Hôpital Bichat. Service de Chirurgie de M. le Dr F. Terrier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris (*suite*) ; par Marcel Baudouin, ancien interne en chirurgie à l'hôpital Bichat (2).

B. — Antisepsie oculaire, nasale et auriculaire.

Nous rapprochons dans le même chapitre ce qui a trait à l'*Antisepsie oculaire* et à l'*Antisepsie nasale*, parce que les connexions les plus étroites existent entre la cavité orbitaire et celle des fosses nasales ; parce que les voies lacrymales peuvent rentrer aussi bien dans l'une ou l'autre de ces régions ; parce qu'enfin, si l'antisepsie de la conjonctive semble théoriquement facile à obtenir, elle l'est moins en pratique, par suite de la possibilité d'une infection par le canal nasal, infection qui, à chaque instant, peut se produire.

Nous ne dirons qu'un mot, comme annexe, de l'*Antisepsie auriculaire*, car elle n'a vraiment qu'un intérêt restreint pour le chirurgien.

I. *Antisepsie oculaire.*

L'œil, encore plus que la face et les grandes muqueuses, est sensible aux antiseptiques puissants, car la conjonctive qui le protège est une membrane qui demande les plus grands ménagements. On a donc dû, pour cette petite région, qui a à peine plusieurs centimètres carrés de surface, recourir à des solutions antiseptiques moins irritantes que celles qu'on emploie d'ordinaire et qui ont pour base l'acide phénique ou le sublimé.

1° *Antiseptiques employés.* — a) *Solutions.* — M. Terrier, comme un grand nombre d'ophtalmologistes, n'emploie aujourd'hui en chirurgie oculaire que l'*acide borique* et le *biiodure de mercure*, préconisé par M. le Pr Panas.

L'acide borique remplace ici l'eau stérilisée, c'est-à-dire filtrée et bouillie ; il est utilisé en solution saturée, comme d'ordinaire.

La solution de biiodure est à 1/20000 ; on y ajoute un peu d'alcool pour aider à la dissolution du sel.

En voici la formule :

Solution de Panas au biiodure de mercure :

Biiodure de mercure	0 gr. 05
Alcool absolu.	20 gr.
Eau distillée	1.000 gr.

M. Terrier n'a pas encore employé, pour les yeux, les antiseptiques vantés par M. Chibret (de Clermont-Ferrand) et M. Sattler, c'est-à-dire l'oxycyanure de mercure à 1/100 et le sublimé à 1/5000. Il paraît pourtant que ces dernières solutions sont plus actives que celles qui précèdent et que le sublimé lui-même n'a pas tous les inconvénients dont on s'est plu à l'accuser, puisque certains ophtalmologistes, dans des cas d'infection de l'œil, ont eu recours, sans accidents, à la liqueur de van Swieten dédoublée.

b) *Substances antiseptiques et aseptiques.* — Les substances employées comme pansements sont :

1° Des compresses de gaze ou de toile aseptiques, stérilisées, découpées en petites plaquettes ; 2° De la gaze iodoformée, découpée en rondelles ordinairement ; 3° De la ouate iodoformée sous forme de tampons ; de la ouate boriquée ou stérilisée à l'étuve Sorel, découpée aussi en rondelles ; 4° De l'amadou iodoformé, qui est surtout employé pour tamponner l'orbite après l'énucléation de l'œil ; 5° De la vaseline boriquée ; 6° Des bandes de flanelle blanche, passées aussi à l'étuve, si possible, etc.

2° *Stérilisation des instruments.* — Les instruments qui servent aux opérations ophtalmologiques sont tellement délicats que M. Terrier a renoncé, après quelques essais préalables, à les stériliser par la chaleur sèche dans l'étuve Poupinel.

Comme ils ne servent que pour les interventions intra-orbitaires et que, d'autre part, ces interventions ont souvent lieu sur un organe peu ou point infecté, on peut se contenter, pour ces instruments, d'une stérilisation qui présente moins de garantie, il est vrai, mais qui est véritablement plus pratique.

Ceux qui ne sont pas tranchants, ceux qui sont métalliques, tous ceux, en un mot, que la flamme n'altère pas, peuvent être flambés à la lampe à alcool. Si les manches sont en métal, les instruments peuvent être soumis à l'ébullition.

Les ciseaux, les aiguilles, les couteaux, comme toutes les pièces délicates, sont généralement désinfectés d'abord par un séjour assez prolongé dans le chloroforme.

(1) Nous attirons à nouveau l'attention sur ce mode d'installation électrique, que nous réclamons en vain pour les Hôpitaux de Paris, depuis des années. (M. B.).

(2) Voir *Progrès médical*, nos 5, 7, 9, 35, 37, 39 et 40, 1890.

© ANM

Quand les instruments ont servi à une opération septique (ulcère de la cornée, etc.), il est beaucoup plus prudent de les stériliser à la chaleur sèche pour détruire tous les germes ; mais on peut se contenter d'une ébullition très soignée et mieux d'ébullitions répétées.

Avant d'employer la stérilisation par les moyens que nous venons d'énumérer, M. Terrier désinfectait ses instruments d'ophtalmologie en les laissant séjourner quelques instants avant l'opération dans un des liquides antiseptiques ci-dessous mentionnés (solutions boriquées ou biiodurées); mais il y a presque renoncé aujourd'hui, car il s'agit d'un procédé trop aléatoire (1), qui ne peut être utilisé que pour conserver à l'état aseptique des objets au préalable antiseptisés par la chaleur sèche ou des ébullitions répétées.

3° *Asepsie du malade.* — a). *Traitement antiseptique préopératoire.* Dans la région oculaire, on peut avoir à désinfecter : 1° Les sourcils et les paupières. 2° La conjonctive.

1° Pour les sourcils et les paupières, rien de particulier à signaler. On lavera les sourcils à la brosse et au savon. On ne craindra jamais d'ébarber les poils qui pourraient gêner, par exemple dans un cas d'extirpation de kyste de la queue du sourcil; car ce serait vraiment une faute de ne pas obtenir une réunion par première intention dans une opération aussi simple.

2° La désinfection de la conjonctive et de ses culs-de-sac est autrement difficile. Il est même impossible de débarrasser complètement ces fameux repaires des microbes qu'ils renferment, comme l'ont montré les intéressantes recherches de Gayet (2), malgré des lavages oculaires faits avec le plus grand soin.

Quoi qu'il en soit, on fera tout son possible pour y parvenir, et, pour cela, à l'hôpital Bichat, M. Terrier recommande des lavages de la conjonctive à la solution boriquée répétés plusieurs fois par jour, le plus souvent possible. De plus, au moment de l'opération, le chirurgien nettoie lui-même à nouveau les culs-de-sac conjonctivaux avec la solution de biiodure de mercure.

Il est bien entendu que, pendant toute la durée de cette antisepsie oculaire préopératoire, on assurera celle de la face et des fosses nasales, pour que le malade infecte le moins possible ses conjonctives avec les microorganismes de ses voies lacrymales ou avec ceux qui peuvent pulluler sur des excoriations de la figure.

b). *Traitement postopératoire.* — Il n'y a rien à dire de l'asepsie pendant les opérations. S'efforcer de ne pas mettre en contact avec une plaie fraiche, non infectée, un instrument ou un doigt qui vient d'être souillé: voilà ce qu'il y a, pour l'asepsie oculaire pendant l'opération, de plus important à signaler ; mais c'est là une règle qui s'applique à toutes les régions. De même, s'abstenir de lavages abondants si la plaie n'est pas au préalable infectée ; ne faire que ceux qui sont nécessaires pour enlever le sang extravasé.

La question du pansement a une plus grande importance. M. Terrier a pris l'habitude de faire enfermer dans une boite spéciale toutes les substances de pansement qui servent aux opérés d'affections oculaires ; comme cela, elles sont moins susceptibles de s'infecter au contact des autres matériaux (gaze, bandelettes, etc.) qui servent à tous les usages.

De plus, chaque malade atteint d'une affection oculaire a, dans la petite salle d'isolement où il est placé, des objets spéciaux pour ses pansements. Sur la tablette de son lit, dans un petit bocal rempli d'eau boriquée, se trouve le compte-gouttes qui sert aux instillations d'atropine, etc. Les pansements, dans cette salle d'affections oculaires, sont toujours faits dès le début de la visite, avant de toucher à d'autres plaies très infectées.

Voici comment on pansera, par exemple, une cataracte, opération la plus fréquemment exécutée en chirurgie oculaire. Le pansement, qui sera un pansement sec, sera fait d'abord avec des rondelles de gaze iodoformée superposées, reposant directement et délicatement sur les paupières (1). La gaze à l'iodoforme, malgré sa sécheresse, n'est pas d'un contact trop désagréable ; nous reconnaissons toutefois que son odeur explique pourquoi on la remplace souvent à la ville par de la gaze au salol (2). Sur ces premières rondelles, on en placera d'autres, constituées par de la ouate stérilisée. Le tout sera consolidé à l'aide de compresses de toile fine, rendues aseptiques, et fixé par une bandelette de flanelle.

Ce pansement est levé en général, pour la cataracte, le 2e ou le 3e jour, plus tôt bien entendu si le malade souffre. Le second pansement devra être fait avec le soin et les mêmes précautions que le premier, car on pourrait facilement — cela s'est vu quelquefois — infecter la plaie cornéenne restée jusque-là aseptique. Mais il pourra être plus légèr, car la cicatrisation se fait vite sur la cornée.

Les malades opérés ne sont pas obligés de garder le lit, sauf les premiers jours ; toutefois on leur recommande de ne pas se mélanger à ceux de la salle qui ont des plaies suppurantes, et on les oblige autant que possible à rester dans la petite salle d'isolement où ils sont placés. Bien entendu on ne les condamne pas à demeurer dans une salle hermétiquement close, c'est-à-dire dans une véritable chambre noire.

Dans les cas d'extirpation du globe de l'œil, M. Terrier remplit, avant d'appliquer le pansement, la cavité de l'orbite avec des petites rondelles d'amadou iodoformé qu'il glisse sous les paupières. On voit qu'en somme il n'y a dans tout cela rien de bien spécial (3). (*A suivre*).

(1) On sait que M. Chibret a vanté récemment l'oxycyanure de mercure à 1/100, qui serait doué d'une puissance antiseptique égale à celle de la solution de sublimé à 1/5000. Ce sel n'altérerait pas les instruments métalliques.

(2) Voir, sur toute cette question, la revue de notre collègue et ami, M. le Dr Valude : *De l'antisepsie et des pansements dans les affections chirurgicales de l'œil ;* in *Gazette des Hôpitaux*, 23 août 1890, n° 96.

(1) Il importe de bien disposer cette ouate pour que la pression sur le globe oculaire ne soit pas plus forte en un point qu'en un autre.

(2) On pourrait aussi employer simplement de la gaze aseptique.

(3) M. Terrier fait à Bichat les opérations d'ophtalmologie ordinairement le jeudi, jour de la consultation spéciale des maladies des yeux, des oreilles et du nez.

VARIA

Le Choléra.

Choléra en France. — Les deux cas de choléra qui se sont produits à Lunel sont restés isolés. Il n'y a eu en France aucun cas de choléra depuis le 23 septembre.

Pendant la semaine du 2 au 9 octobre, le nombre des navires venus d'Espagne dans les ports français s'est élevé à 79, dont 53 dans les ports de la Méditerranée, 26 dans ceux de l'Océan. Nombre des marins : 1,060 ; des passagers : 32 ; des opérations de désinfection : 82. Dans le même temps sont entrés d'Espagne en France par les voies de terre 4,298 voyageurs, dont 3,733 par chemin de fer (Hendaye, 2,997 ; Cerbère, 736). Les postes d'Ameguy et de Lescun, qui ne sont plus utiles, ont été supprimés.

Une enquête se poursuit en ce moment pour vérifier si les visites médicales prescrites par le décret du 2 juillet 1890 se font partout régulièrement.

La présence du choléra à Barcelone a été officiellement consta-

© ANM

tée. Des instructions ont été données à nos agents sur la frontière pour qu'ils redoublent de vigilance. Une lettre du docteur Galargau, au comité consultatif d'hygiène publique de France, montre la minutie des précautions qui sont prises.

M. le Dr Bergeron, vice-président du Comité consultatif d'hygiène de France, vient de visiter nos ports sanitaires sur la frontière d'Espagne. Il a déclaré que le service est bien organisé.

Choléra d'Espagne. — A Valence, pendant le mois de septembre, le nombre officiellement déclaré des cas a été de 574, celui des décès de 327. Quelques cas se sont produits à Gelvès, aux portes de Séville. Un bâtiment venu de Valence aurait infecté cette ville vers la fin de septembre. Le plus intéressant, c'est que le choléra a été constaté à Barcelone. Il paraît y avoir été importé par une famille de Valence venue pour visiter un malade à l'hôpital. — La *Gazette officielle* annonce le 11 octobre qu'il s'est produit dans les provinces contaminées 22 cas de choléra et 10 décès. Le 13 octobre, on a constaté, dans les provinces d'Albacète, de Castellon, de Cuenca, de Tarragone, de Tolède et de Valence, 29 cas de choléra et 16 décès ; le 14, 20 cas et 17 décès.

Choléra de la mer Rouge. — Depuis plus d'un mois il n'y a pas eu un seul décès cholérique à Djeddah. L'Egypte continue à être indemne. La caravane de Bagdad purge sa quarantaine à Nedjiff. Des navires ramenant des pèlerins sont ou seront en observations à Beyrouth et à Smyrne (lazaret de Clazomène) ; l'un d'eux ramènera des pèlerins algériens et tunisiens, partis malgré l'interdiction. Le gouverneur général de l'Algérie et le résident général de Tunis seront prévenus.

Choléra de la Mésopotamie. — Le choléra augmente à Alep (6 et 7 octobre : 28 décès ; 8 et 9 : 25 décès ; 10 et 11 : 55 décès), et à Orfa (5 octobre : 8 décès ; 6 : 13 décès ; 7 : 19 décès). Une dépêche récente d'Alep annonce que la mortalité quotidienne est de cinquante. Par Orfa, la maladie menace l'Asie-Mineure ; par Alep, elle menace la Syrie.

Précautions prises en Autriche. — Pour prévenir l'invasion du choléra, le ministre du commerce a prescrit l'observation d'une quarantaine de sept jours pour les marchandises provenant du golfe d'Alexandrette ainsi que pour les vaisseaux qui arrivent des côtes comprises entre Messine et Tripoli (de Syrie).

Faculté de médecine de Paris.

Ecole Pratique (année scolaire 1890-91).

A. — *Exercices de Dissection.* — Sous la direction de M. P. POIRIER, agrégé, chef des travaux anatomiques. — I. *Ostéologie.* — Les élèves de seconde année doivent, avant d'être admis à disséquer, subir l'*examen* préalable d'*ostéologie*. Ils sont invités à se faire inscrire dans le plus bref délai au secrétariat de la Faculté (guichet n° 2), de midi à 3 heures. Les démonstrations d'ostéologie commenceront le lundi 20 octobre. — II. *Dissection.* — Les pavillons de dissection seront ouverts à partir du lundi 10 novembre, tous les jours, de midi à quatre heures. Les prosecteurs, chefs de pavillon, et les aides d'anatomie dirigent et surveillent les travaux des élèves. Ils font une démonstration quotidienne dans chaque pavillon. — *a*). Les étudiants de 1re année ne prennent point part aux travaux anatomiques. — *b*). Les exercices de dissection sont obligatoires pour tous les étudiants de 2e et de 3e années : les inscriptions ne leur sont point accordées sans certificat de dissection, et ils ne peuvent être admis à subir le 2e examen de doctorat (anatomie) s'ils n'ont 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 série sera faite dans l'ordre suivant : 1° Elèves obligés, 2e et 3e années (suivant la date de la prise de l'inscription trimestrielle (5e ou 9e). 2° Elèves non obligés et docteurs. Des lettres de convocation seront adressées au domicile des élèves.

B.—*Médecine opératoire* (cours d'automne).— M. le Dr RIEFFEL, prosecteur, assisté d'aides d'anatomie, fera, à partir du jeudi 16 octobre 1890, une série de démonstrations opératoires suivies d'exercices pratiques. Ce cours ne pourra comprendre plus de 48 élèves. Il est spécialement destiné aux étudiants que les circonstances obligent à passer prochainement leur examen pratique de médecine opératoire. MM. les Etudiants qui désirent suivre ce cours devront en faire la demande écrite (sur timbre de 0 fr. 60) au Doyen de la Faculté, avant le jeudi 10 octobre.

C.— *Travaux pratiques d'histologie* (1re année). Sous la direction de M. RÉMY, agrégé, chef des travaux. — Les travaux pratiques d'histologie sont obligatoires, pendant le semestre d'hiver, pour tous les étudiants de première année. Ils auront lieu les mardi, jeudi et samedi, de 2 h. 1/2 à 4 heures, au laboratoire des travaux pratiques d'histologie (Ecole pratique) à partir du samedi 15 novembre 1890. Des lettres de convocation seront adressées au domicile de MM. les Etudiants.

Concours pour le clinicat chirurgical. — Un concours pour un emploi vacant de chef titulaire de clinique chirurgicale s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 17 novembre 1890, à 9 heures du matin. — *Conditions du concours :* Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 1), avant le 10 novembre 1890. (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours de midi à 3 heures.) Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur. Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de 38 ans au jour d'ouverture du concours. Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin ou de chirurgien des hôpitaux, de prosecteur ou d'aide d'anatomie. Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

Impôt sur les spécialités pharmaceutiques.

Pour équilibrer le budget de 1890, le ministre des Finances avait l'intention d'imposer de 12 millions les spécialités pharmaceutiques hygiéniques et de toilette en rendant obligatoire pour ces produits le timbre de garantie institué par la loi du 26 novembre 1873 et qui était jusqu'ici facultatif. Le ministre des finances proposait récemment à la commission du budget de rendre cette disposition obligatoire. Le tarif aurait été fixé de la manière suivante : 10 centimes pour les produits au-dessous de 2 fr.; 20 centimes pour les produits de 2 à 5 fr.; 30 centimes pour les produits au-dessus de 5 fr. Les eaux minérales naturelles auraient été exceptées de l'application de ce droit.

Cet impôt aurait eu pour but de frapper les spécialités répandues, a dit le ministre, à grand renfort de publicité et qui font concurrence à la pharmacie proprement dite. La taxe aurait été perçue au moyen d'un timbre analogue au timbre de garantie déjà existant. La publicité de ces spécialités a échappé jusqu'à présent à toute taxe : rien de plus légitime, avait-il ajouté, que d'établir une taxe sur ces produits, sur lesquels le bénéfice est énorme. L'Académie de médecine, consultée, s'était montrée très favorable à cet impôt, qu'elle a demandé d'ailleurs depuis longtemps, et c'est la propre définition de ce corps savant que le ministre s'est appropriée dans son projet de loi. Malheureusement pour M. Rouvier, la commission du budget ne semble pas favorable à la création d'impôts nouveaux et son beau projet va tomber à l'eau.

Le projet de M. Rouvier prête, en effet, à des critiques sérieuses. En premier lieu, est-il habile de créer un impôt nouveau ? Nous ne le croyons pas. Il peut être facilement évité. Il suffit de VOULOIR *faire des économies*. Tous les ministères ont un superflu énorme de fonctionnaires et d'employés qu'il faut payer quand ils sont en activité de service et dont il faut plus tard payer la retraite. Les frais de bureau pourraient être aussi réduits notablement. De ce chef, il y a un véritable gaspillage dans toutes les administrations. En second lieu, s'il y a des spécialités d'une valeur douteuse, ne réussissant qu'à renfort de publicité, il y en a un grand nombre d'autres, faites avec beaucoup de soin, avec des produits de première qualité, qui offrent aux médecins plus de garanties que les préparations similaires faites dans les pharmacies avec des produits plus ou moins avariés. Nous reviendrons sur cette question. B.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 20. — 1er *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Baillon, Lutz, Weiss. — (2e *Série*) : MM. Gariel, Hanriot, Villejean.

MERCREDI 22. — 1er *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Regnauld, Gariel, Blanchard. — (2e *Série*) : MM. Gautier, Villejean, Weiss. — (3e *Série*) : MM. Bourgoin, Hanriot, Fauconnier.

JEUDI 23. — 1er *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Lutz, Blanchard, Weiss.— (2e *Série*) : MM. Bourgoin, Hanriot, Fauconnier.

VENDREDI 24. — 1er *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Regnauld, Baillon, Weiss. — (2e *Série*) : MM. Gautier, Blanchard, Fauconnier. — (3e *Série*) : MM. Gariel, Lutz, Villejean.

SAMEDI 25. — (1er *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Lutz, Blanchard, Fauconnrie. — (2e *Série*) : MM. Bourgoin, Weiss, Hanriot.

ECOLES MUNICIPALES D'INFIRMIÈRES DE LA VILLE DE PARIS. — Par un arrêté en date du 4 octobre dernier, M. PILLIET, interne des hôpitaux, est nommé professeur du cours de physiologie à l'Ecole municipale d'infirmières de la Salpêtrière, en remplacement de M. le Dr P. Loye, décédé. — M. le Dr LEPAGE, ancien interne des hôptaux, est nommé professeur du cours sur la pratique des soins à donner aux femmes en couches et aux enfants nouveaunés.— M. VIRON, pharmacien des hôpitaux, est nommé professeur du cours de petite pharmacie à l'Ecole municipale de la Pitié, en remplacement de M. Yvon, démissionnaire.

© ANM

NÉCROLOGIE.

M. le professeur VOGEL (Munich).

M. le Dr Alfred Vogel vient de mourir à Munich. Né dans cette ville en 1829, le 31 mars, Vogel, après avoir fait ses études dans sa ville natale, à Wurzbourg et à Berlin, après avoir été assistant de la clinique du Pr von Pfeuffer, de 1853 à 1855, avait été nommé privat docent en 1855 et professeur extraordinaire en 1865 à la Faculté de médecine de Munich. Appelé en 1866 à Dorpat, dans les provinces baltiques de la Russie, il avait, pendant vingt ans, enseigné la pathologie interne à l'Université de cette ville, et, en reconnaissance des services qu'il avait rendus à la science, l'empereur de Russie l'avait nommé conseiller d'État. En 1886, Vogel était retourné à Munich et avait été placé à la tête de la clinique des maladies des enfants. Parmi ses ouvrages, il faut citer une *Etude sur le typhus* et un *Livre sur les maladies des enfants* (*Lehrbuch der Kinderkrankheiten*, 1860) qui a eu dix éditions et qui a été traduit dans presque toutes les langues européennes. On lui doit aussi : *Lippe und Mundhöhle*, dans le *Ziemssen's Handbuch* (T. VII, 2e éd., 1873), et plusieurs travaux parus dans les *Deut. Arch. f. Kl. Med.*

C'était un des représentants les plus autorisés de la médecine infantile en Allemagne. M. B.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 5 octob. 1890 au samedi 11 octob. 1890, les naissances ont été au nombre de 787 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 293 ; illégitimes, 102, Total, 395. — *Sexe féminin :* légitimes, 293 ; illégitimes, 99, Total, 392.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 5 octob. 1890 au samedi 11 octob. 1890, les décès ont été au nombre de 727 savoir : 339 hommes et 388 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 12, F. 12, T. 24. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 6, F. 2, T. 8. — Scarlatine : M. 0, F. 0, T. 0. — Coqueluche : M. 1, F. 2, T. 3. — Diphtérie, Croup : M. 15, F. 13, T. 28. — Choléra : M. 00, F. 00, T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 11, F. 81, T. 92. — Autres tuberculoses : M. 20, F. 8, T. 28. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 3, T. 3. — Tumeurs malignes : M. 13, F. 37, T. 50. — Méningite simple : M. 12, F. 13, T. 25. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 17, F. 15, T. 32. — Paralysie : M. 3, F. 2, T. 5. — Ramollissement cérébral : M. 2, F. 3, T. 5. — Maladies organiques du cœur : M. 18, F. 21, T. 49. — Bronchite aiguë : M. 8, F. 9, T. 17. — Bronchite chronique : M. 6, F. 4, T. 10. — Broncho-Pneumonie : M. 10, F. 5, T. 15 — Pneumonie : M. 10 F. 14, T. 24. — Gastro-entérite, biberon, M. 39, F. 25, T. 64. — Gastro-entérite, sein : M. 9, F. 5, T. 14. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 1, T. 2. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale : M. 11, F. 10, T. 24. — Sénilité : M. 6, F. 21, T. 27. — Suicides : M. 13, F. 6, T. 19. — Autres morts violentes : M. 5. F. 2, T. 7. — Autres causes de mort : M. 82, F. 59, T. 141. — Causes restées inconnues : M. 6, F. 2, T. 8.

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'Internat.* — La question posée mercredi dernier à l'épreuve écrite de l'Internat des hôpitaux, a été : *Pancréas* (anat. et phys.) ; — *Diagnostic diff. de l'ulcère rond de l'estomac.* — Les deux questions qui sont restées dans l'urne étaient : *Fosse iliaque ; Phlegmon de la fosse iliaque ;—Circulation veineuse intra-crânienne ; méningite tuberculeuse.* — La lecture des épreuves commencera lundi 20 octobre, à 4 heures, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria.

Concours de l'Externat. — La première épreuve orale (*anatomie*) du concours de l'Externat a eu lieu jeudi dernier à 4 heures. La question posée à la première séance a été : *Artère humérale.*

Concours des prix de l'Internat (Bourse de voyage). — Les jurys de ce concours sont tirés. Voici les noms des membres, dont l'acceptation n'est pas absolument certaine, d'ailleurs. *Section de médecine* : MM. Marie, Joffroy, Potain, Fernet, Delens. — *Section de chirurgie* : MM. Duplay, Gérard Marchant, Terrillon, Bar et Muselier.

Épidémies. — *Fièvre typhoïde à Arles.* — La fièvre typhoïde règne à Arles à l'état endémique ; cela doit être attribué à la mauvaise qualité des eaux d'alimentation dont la prise se trouve au-dessous de la ville ; la ville ne peut remédier à ce mal avant la solution d'un procès pendant.

La fièvre typhoïde à Grenoble. — Un télégramme de Grenoble y signale une épidémie de fièvre typhoïde.

La fièvre typhoïde à Lyon. — Une épidémie de fièvre typhoïde s'est déclarée à la caserne de cavalerie de la Part-Dieu, à Lyon. On compte huit décès déjà et une quinzaine de malades. La maladie semble avoir été importée par des détachements des 8e et 5e cuirassiers qui revenaient du camp de Sathonay. M. Vallin, directeur du service de santé militaire, a prescrit les mesures de désinfection les plus énergiques. La caserne de la Part-Dieu, le quartier militaire le plus considérable de France, est le seul point de la ville de Lyon où la fièvre typhoïde sévisse parfois. Il faut peut-être attribuer la contagion aux conditions défectueuses de cette partie de la ville.

Nécrologie. — Le pharmacien de garnison de 1re classe, Michel, directeur de la pharmacie, à Bruxelles, est décédé à l'âge de quarante-cinq ans, le 10 septembre 1890, à Bellefontaine (Luxembourg), où il se trouvait en congé depuis plusieurs mois. Michel (Jean-Michel) était entré au service en 1866, en qualité d'élève non soldé. Après de brillantes études faites à l'Université de Liège, il fut promu au grade de pharmacien de 3e classe le 25 mars 1874, pharmacien de garnison de 2e classe le 6 avril 1886 et pharmacien de 1re classe le 28 juin 1887. — M. le Dr Handfield (Jones), médecin consultant de Saint-Mary's Hopital (de Londres) et auteur de travaux cliniques estimés. — M. le Dr Esteba-Sanchez Ocano, professeur de clinique externe à la Faculté de Madrid. — M. le Dr Pulido Pagès, professeur de clinique externe à la Faculté de médecine de la Havane. — M. le Dr A. Chevrel, médecin de la marine. — M. le Dr Ribes (de Pont-Audemer). — M. le Dr Auguste Stohr, privat docent de médecine interne à Wuzbourg. — M. le Dr Eysserie (de Pernes-sur-Vaucluse). — M. le Dr Burgun (A.), de Villerupt. — M. le Dr Lehmann, ex-professeur d'ophtalmologie à la Faculté de médecine de l'Université de Copenhague. — M. le Dr Caisso (de Montpellier).—M. le Dr Moreau-Marmont (Paris). —Au moment de mettre sous presse, nous apprenons le décès de M. le Dr G. Monod, professeur agrégé à la Faculté, ancien chirurgien des Hôpitaux, décédé à l'âge de 87 ans. Nous adressons nos compliments de condoléances à son fils, M. le Dr Charles Monod, chirurgien de Saint-Antoine.

Phthisie, Bronchites chroniques. —Emulsion Marchais.

Phthisie. Vin de Bayard à la peptone phosphatée, le plus puissant reconstituant de la thérapeutique. Une à deux cuillerées par repas.

Peptonate de fer Robin. — 10 à 20 gouttes par repas. (Chloro-Anémie).

Précieuse. Source de VALS, très efficace contre les affections du Foie et de la Vessie. (Calculs, Gravelle, Diabète, Goutte, etc.) *Prescrite par les Médecins des Hôpitaux de Paris.*

Albuminate de fer soluble (Liqueur de Laprade) le plus assimilable des ferrugineux (Pr Gubler). Une cuillerée à chaque repas. Chlorose et troubles de la menstruation, c'est le fer gynécologique par excellence.

Dyspepsie. — Vin de Chassaing. —*Pepsine.* — *Diastase.*

Anémie — LA BOURBOULE — Diabète
Enfants débiles, voies respiratoires, Maladies de la peau, Rhumatismes

Avis à nos lecteurs.

Nous rappelons à nos lecteurs, à nos abonnés et à nos collaborateurs que tout ce qui concerne la rédaction (livres, journaux, manuscrits, communications, etc.) *doit être adressé au Rédacteur en chef, et tout ce qui concerne l'Administration* (abonnements, librairie, annonces, changements d'adresse, mandats) *à M. Hippolyte Durand.*

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 1er novembre.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

© ANM

18e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XII. N° 43. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 25 OCTOBRE 1890.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE EXTERNE

Pathogénie des kystes poplités (1);

par Paul POIRIER, professeur agrégé de la Faculté, chirurgien des hôpitaux, chef des travaux anatomiques.

Après beaucoup d'autres, j'ai étudié les bourses séreuses du genou et particulièrement celles de la région poplitée ; les résultats de mes travaux ont paru dans les *Archives générales de Médecine* (1886). Le but que je poursuivais était moins l'étude anatomique pure d'organes, bien étudiés par Gruber, Foucher, Synnestvedt, etc., que leurs rapports avec certaines tumeurs de la région, *les kystes poplités*. Ayant alors disséqué environ 500 genoux, sur 200 desquels la synoviale avait été préalablement injectée, je pus toutefois rectifier quelques détails anatomiques et ajouter un certain nombre de faits nouveaux ; en ce qui concerne la pathogénie des kystes de la région poplitée, je suis arrivé à des conclusions diamétralement opposées aux idées universellement admises.

Dans tous les traités de pathologie, les kystes du creux poplité sont divisés en deux classes : 1° kystes nés aux dépens des bourses séreuses de la région ; 2° kystes nés de la synoviale articulaire ; et tous les auteurs ajoutent que les premiers sont infiniment plus fréquents que les seconds.

Mes travaux m'ont conduit à des conclusions contraires que je résumerai ainsi : *les kystes poplités, même ceux qui siègent dans certaines bourses séreuses de la région, sont en très grande majorité d'origine articulaire.*

Dès 1866 j'avais émis cette opinion, sous une forme moins absolue ; ayant depuis poursuivi mes recherches sur un nombre incalculable de sujets (1,000 et bien au delà) et ayant eu l'occasion de voir plus de 100 cas de kystes poplités sur les cadavres qui servent aux dissections de l'Ecole anatomique de la Faculté de Paris et dans les hôpitaux, je me crois en droit d'affirmer l'origine articulaire de la très grande majorité des kystes poplités ; je dirais volontiers de la totalité des kystes poplités, s'il ne fallait tenir compte de certains cas exceptionnels, comme les kystes hydatiques, ganglionnaires, etc. En d'autres termes, sur plus de 100 cas de kystes poplités observés et disséqués par moi, tant sur le cadavre que sur le vivant, je n'en ai pas rencontré un seul dont l'origine articulaire ne pût être démontrée.

En effet, je démontrerai que ceux de ces kystes qui ont été décrits jusqu'ici comme nés aux dépens des bourses séreuses, ne se rencontrent que dans des bourses séreuses qui peuvent communiquer avec l'articulation.

Tous les points de la séreuse articulaire du genou peuvent être le point de départ de ces productions kystiques ; cependant, il est des lieux d'élection. Aussi peut-on reconnaître dans les kystes poplités un certain nombre de *variétés*.

(1) Communication au *Congrès international de Médecine de Berlin*, août 1890.

Première variété. — C'est la variété ordinaire que connaissent bien les chirurgiens et les anatomistes. Le kyste occupe la bourse séreuse interposée entre le jumeau interne et le demi-membraneux ; la tumeur qu'il forme allonge sa masse ovoïde sur la moitié interne du creux poplité, en dedans du tendon toujours très sensible du muscle demi-membraneux ; cette tumeur fait saillie et se tend pendant l'extension de la jambe ; elle diminue et subit une sorte de réduction, parfois même une réduction réelle, pendant la flexion du membre.

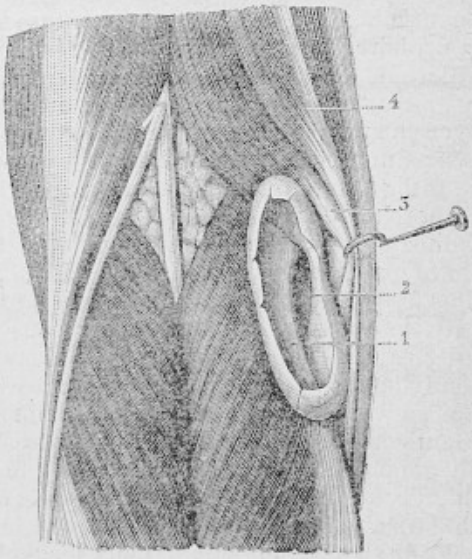


Fig. 40. — Kyste poplité ayant son siège dans la bourse séreuse commune au jumeau interne et au demi-membraneux, mais étant d'origine articulaire. — Variété commune. — 1. Cavité kystique. — 2. Orifice elliptique conduisant dans la partie profonde, sous-gémellaire de la bourse séreuse. — 3. Demi-membraneux. — 4. Demi-tendineux.

Le kyste, comme la bourse séreuse, envoie un prolongement sous la face profonde du jumeau et sa forme reproduit celle que donne le moule de la cavité séreuse.

Fig. 41. — Moule de la bourse séreuse commune au jumeau interne et au demi-membraneux, dans laquelle se développent d'ordinaire les kystes poplités. — 1. Moule de la partie superficielle de cette bourse, sur lequel le tendon du demi-membraneux imprime un sillon 3. — 2, 2'. Moule du prolongement sous-gémellaire de cette bourse séreuse.

Le siège de ce kyste est bien évidemment dans la bourse séreuse interposée entre le jumeau interne et le demi-membraneux ; sur ce point, l'accord est unanime. C'est sur des cas de ce genre, si fréquents, qu'a été édifiée, surtout par Foucher, la théorie séduisante du développement des kystes poplités aux dépens des bourses séreuses de la région.

Or, bien qu'il siège dans la bourse séreuse, le kyste est d'origine articulaire. En effet, la bourse commune au jumeau interne et au demi-membraneux est la seule de toutes les bourses poplitées qui communique assez

© ANM

fréquemment avec la grande synoviale articulaire du genou.

Il me semble que le rapprochement de ces deux faits ne manque pas de signification : *a*) le siège de la variété ordinaire des kystes poplités est dans la bourse séreuse commune au jumeau et au demi-membraneux ; *b*) cette bourse est la plus rapprochée de l'articulation avec laquelle elle communique assez fréquemment à à partir d'un certain âge.

J'ai démontré, par mes dissections portant sur des sujets de tout âge, que la bourse séreuse commune au jumeau interne et au demi-membraneux résultait de la fusion de trois cavités séreuses (voir *Arch. gén. de Méd.*, 1886) primitivement isolées ; et je rappelle le fait parce que l'état embryonnaire peut persister chez l'adulte et donner lieu à des kystes d'une forme spéciale, n'occupant par exemple que le compartiment supérieur de la bourse, comme dans le cas que j'ai présenté à la Société anatomique de Paris (26 mars 1886). Relativement à la communication de cette bourse séreuse avec la synoviale articulaire, je suis arrivé à des résultats sensiblement différents de ceux de mes devanciers. D'après Foucher, cette bourse communiquerait à peu près constamment avec la synoviale articulaire du genou ; Gruber admet la communication dans la moitié des cas seulement ; cette proportion est encore trop grande. D'après mes recherches, la communication n'existe jamais chez les jeunes sujets ; sur l'adulte de 20 à 40 ans, on ne l'observe que 1 fois sur 10 ; au delà de 40 ans elle devient plus fréquente et existe une fois sur 5 environ.

Cette communication s'établit sous l'influence des progrès de l'âge par une sorte d'usure de la coque condylienne qui primitivement sépare les deux séreuses. J'ai souvent vu cette coque très amincie se briser par refoulement au cours d'une injection dans l'articulation du genou, fait qui permet de bien comprendre l'apparition brusque de kystes poplités, observés par quelques auteurs au cours d'une hydarthrose.

Enfin, les cas abondent dans lesquels il est spécifié que le malade porteur du kyste est atteint simultanément ou a été atteint antérieurement d'hydarthrose.

J'ajoute encore que, dans les cas très nombreux que j'ai disséqués, j'ai souvent rencontré dans l'articulation du genou des traces d'inflammation antérieure ou certaines quantités de la *gelée de pomme* qui remplit d'ordinaire les kystes poplités.

Une objection peut être faite à cette théorie de l'origine articulaire : si le kyste est d'origine articulaire, il doit communiquer toujours avec l'articulation et toujours être réductible. Mais, on comprend aisément, que la communication (qui persiste parfois) peut cesser d'exister sous l'influence même de l'irritation produite par le kyste, ou sous la seule influence du repos dans l'extension de la jambe, qui rapproche et met en contact très intime les bords d'un orifice très petit en général.

Kystes de la deuxième variété. — Après les kystes de la première variété, il faut, je crois, placer par ordre de fréquence les kystes qui se font aux dépens du prolongement poplité de la synoviale du genou et qui envahissent la bourse séreuse du muscle poplité; ces formations kystiques se manifestent au bout d'un certain temps par une tuméfaction profonde dans la partie supérieure du mollet.

On sait que le muscle poplité est reçu dans une gouttière osseuse formée par la tubérosité externe du tibia et la tête du péroné ; un prolongement de la synoviale du genou facilite le glissement du tendon poplité dans la gouttière péronéo-tibiale ; immédiatement au-dessous de ce prolongement il existe normalement une bourse séreuse propre au tendon poplité ; dans la moitié des cas, ces deux organes séreux sont isolés, dans l'autre moitié, ils sont fusionnés en un seul sac séreux, qui prolonge la synoviale du genou en arrière et en bas sous la face profonde du muscle poplité.

Ce prolongement, qui occupe, dans toutes les positions du corps, la partie la plus déclive de la synoviale articulaire, devient le point de départ de plusieurs phénomènes pathologiques intéressants. Dans les arthrites, tant aiguës que chroniques du genou, il donne lieu à un empâtement qui siège derrière la tête du péroné et qu'une pression continue réduit assez aisément. Parfois il peut se rompre et il devient alors l'origine de ces fusées purulentes qui envahissent les couches profondes du mollet ; Morrant-Backer a appelé l'attention, dans un excellent travail, sur cette voie d'extension des épanchements purulents qui compliquent les ostéo-arthrites du genou. Enfin il peut être le point de départ de *kystes synoviaux* qui cheminent d'abord sous la face profonde du muscle poplité pour aller ensuite s'épanouir dans le mollet, soit au-dessus du muscle soléaire, soit entre ce muscle et la membrane inter-osseuse.

Fig. 42. — Kyste poplité développé aux dépens du prolongement poplité de la synoviale du genou. — 1. Masse principale du kyste placée entre le soléaire (2) et la membrane inter-osseuse. — 1'. Pédicule du kyste situé sous le muscle poplité (3) qui a été incisé verticalement.

J'ai appelé maintes fois l'attention de la Société anatomique de Paris sur ces kystes, que j'ai pu montrer à leurs différents degrés de développement. (*Bulletin de la Société anatomique*, 1886.) Je ne rapporterai ici, pour ne point trop allonger cette communication, que le résumé d'un de ces cas représenté (*Fig.* 42). Ce kyste,

© ANM

à parois minces, transparentes, d'apparence multilobée et rempli d'un liquide analogue à la gelée de groseille, étalait sa masse entre le muscle soléaire et la membrane interosseuse; son extrémité inférieure descendait à 12 cent. de l'interligne articulaire du genou; son extrémité supérieure effilée s'engageait sous la face profonde du muscle poplité ; ayant alors incisé verticalement le muscle poplité, je vis que le kyste se prolongeait par un pédicule long et mince jusqu'au prolongement ou cul-de-sac sous-poplité de la synoviale articulaire du genou. Ce cul-de-sac était lui-même distendu par une matière analogue à celle qui remplissait le kyste; mais il ne communiquait plus avec la cavité kystique.

Je pourrais multiplier les exemples, ayant rencontré huit de ces kystes à des degrés divers de développement. Je pense donc que ces kystes sont assez fréquents et expliquent un certain nombre de kystes du mollet, auxquels les auteurs ont donné des noms divers, en raison de l'ignorance de leur pathogénie vraie.

Kystes de la troisième variété. — D'autres kystes poplités, encore assez fréquents, peuvent apparaître dans la moitié supérieure de la région, au voisinage d'un condyle. Ces kystes, dont l'origine articulaire est aussi très facile à démontrer, se développent aux dépens des organes séreux situés au niveau de l'insertion des muscles jumeaux.

Ces organes séreux sont peu connus, bien que Gruber ait attiré l'attention sur eux dès 1853. Leur connaissance est cependant absolument indispensable pour l'intelligence des productions pathologiques dont ils sont le point de départ.

La bourse séreuse du jumeau interne, placée dans la fosse sus-condylienne, n'est le plus souvent, d'après mes recherches, qu'un prolongement de la synoviale du genou : 9 fois sur 10 l'injection au suif la pénètre et la distend; cette bourse est souvent hérissée de petits prolongements synoviaux qui s'engagent dans les interstices du tendon d'insertion des jumeaux. — On rencontre aussi, à l'insertion supérieure des deux muscles jumeaux, des organes séreux auxquels j'ai donné le nom de *procès synoviaux sus-condyliens;* ce sont des prolongementss de la grande synoviale articulaire qui s'engagent dans les interstices des faisceaux tendineux d'insertion du jumeau, et qui servent à faciliter le glissement des pelotons adipeux que la flexion de la jambe chasse des excavations sus-condyliennes. Ces procès synoviaux se rencontrent sur les deux tiers des sujets; ils peuvent donc être considérés comme normaux; leur longueur va de quelques millimètres à deux centimètres; sur un genou bien disséqué, on les voit facilement en imprimant à l'article des mouvements alternatifs de flexion et d'extension; souvent ils apparaissent distendus par une gelée colloïde, transparente; quelquefois ils sont réductibles par la pression, mais ils peuvent devenir irréductibles, et constituent alors une variété intéressante de kystes poplités d'origine articulaire. J'en ai rencontré trois cas : la Fig. 43 représente l'un d'eux (*Soc. anat. de Paris*, 1886, p. 124) : la masse kystique, à surface bosselée, à parois minces, transparentes, était remplie d'une matière analogue à de la gelée de coing; le volume était celui d'une grosse noix, la surface framboisée; en disséquant avec soin la tumeur qui s'épanouissait sur le fémur, au-dessus de l'insertion du jumeau interne, je parvins à isoler son pédicule qui s'enfonçait dans l'un des interstices du tendon du jumeau interne; ayant incisé et relevé le corps de ce muscle, j'aperçus dans l'écartement des faisceaux tendineux un orifice circulaire d'environ 1 millim. de diamètre; en pressant sur le kyste, je pus faire sortir la gelée qu'il contenait; une pression très forte était nécessaire pour produire cette issue de la matière colloïde et à première vue le kyste m'avait paru irréductible.

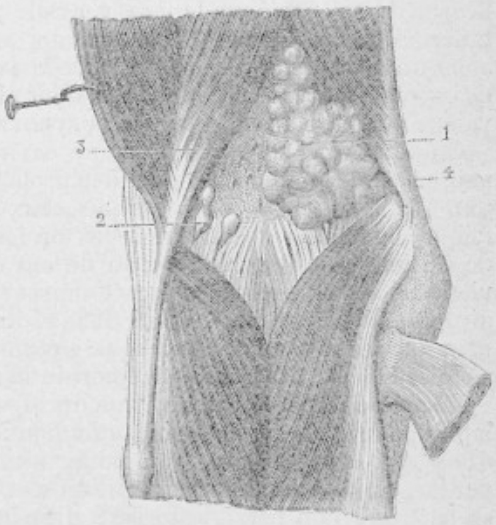


Fig. 43. — Kyste poplité développé aux dépens des procès synoviaux sus-condyliens internes. — 1. Masse kystique. — 2. Procès synoviaux sus-condyliens externes. — 3. Muscle biceps. — 4. Longue portion du grand adducteur.

Cruveilhier, et d'autres sans doute, ont rencontré de ces kystes sus-condyliens, sans essayer d'en donner la pathogénie. Il me paraît démontré que ces kyste proviennent des procès synoviaux sus-condyliens.

Kystes de la quatrième variété. — Sur tout le pourtour de l'articulation du genou, sur les côtés aussi bien qu'en avant et en arrière, on rencontre assez souvent des productions kystiques tout à fait analogues à celles qui sont décrites au poignet sous le nom de ganglions (Uberbein); des cas nombreux en ont été rapportés par un grand nombre d'auteurs.

Leur pathogénie est aisément explicable. Le plus ordinairement, ces masses kystiques, de volume très variable, doivent être rapportées au développement de ces cryptes ou follicules sous-synoviaux que les frères Weber et Gosselin surtout ont bien décrits. On peut s'attendre à rencontrer de ces masses kystiques sur tous les points de l'articulation; mais elles sont particulièrement fréquentes, comme me l'ont révélé 200 injections au suif de la synoviale articulaire du genou, au niveau des ligaments croisés dans l'épaisseur desquels les cryptes existent à l'état normal. En grandissant, elles se font jour à travers les éraillures de cette cloison cellulaire que l'on appelle à tort le ligament postérieur de l'articulation du genou. (Le véritable ligament postérieur de cette articulation est représenté anatomiquement et morphologiquement par les ligaments croisés, comme j'ai tenté de le démontrer in *Progrès médical*, 1886.)

Ces kystes, de volume variable mais ordinairement très petits, sont décrits souvent comme des hernies de la synoviale du genou.

La théorie des kystes périarticulaires par hernie synoviale, théorie fort ancienne (Cloquet, Velpeau), était autrefois uniquement invoquée; quand les faits anatomiques révélés par les Weber et Gosselin furent mieux connus, la théorie des cryptes synoviaux remplaça celle des hernies synoviales. Je crois qu'il y a place pour les deux théories, qui ne sont point d'ailleurs aussi éloignées l'une de l'autre qu'on pourrait le croire.

© ANM

Il y a cinq ans, essayant d'éclaircir quelque peu la pathogénie des ganglions du poignet, j'ai injecté au suif, sous des pressions tantôt fortes, tantôt faibles, 100 articulations du poignet. En présentant ces articulations à la Société anatomique, j'ai fait remarquer que sur la plupart d'entre elles la synoviale présentait des prolongements aux points où l'on est habitué de rencontrer l'implantation des ganglions du poignet, soit sur la face dorsale, soit sur la face ventrale de cette articulation. Or, tantôt ces prolongements se présentaient sous un très petit volume et méritaient alors le nom de cryptes synoviaux, tantôt ils étaient plus gros et pouvaient être appelés hernies de la synoviale.

On peut voir sur le moule d'une cavité synoviale du poignet que la séreuse pousse des prolongements, surtout à la face dorsale, entre les faisceaux d'insertion des faibles ligaments postérieurs. Ces prolongements sont de volume très variable ; qu'un de ces compartiments vienne à s'isoler, un corpuscule sous-synovial, c'est-à-dire un ganglion, sera formé. Si le prolongement plus gros est resté en communication avec l'article, il s'injecte et l'on est autorisé à dire hernie synoviale.

Le même fait se présente lorqu'on injecte une articulation pourvue d'un véritable ganglion : tantôt le ganglion qui a cessé de communiquer n'est point pénétré par l'injection, tantôt au contraire il s'emplit en tout ou en partie et l'on paraît autorisé à dire qu'il s'agit bien d'une hernie synoviale.

Il convient sans doute de ne point être exclusif et de faire la part des deux théories, parce qu'elles ont de nombreux points de contact : les cryptes synoviaux n'étant autre chose que de petites hernies de la synoviale dans l'épaisseur ou au travers d'un ligament.

Les ganglions synoviaux se font d'ordinaire par poussées successives, l'aspect multilobé, framboisé de leur surface paraît en témoigner. Or, il arrive que parfois l'injection pénètre quelques lobules et s'arrête devant une cloison qui lui ferme les lobules suivants. Dira-t-on alors que le ganglion s'est développé aux dépens de plusieurs cryptes synoviaux, et ne paraîtra-t-il pas plus vraisemblable de croire que la synoviale, distendue à diverses reprises par des épanchements articulaires, a cédé chaque fois là où elle était le moins soutenue par l'appareil ligamenteux périphérique, en ces points, toujours les mêmes, que l'on peut appeler les lieux d'élection pour la formation des ganglions?

Si l'on rapproche de ces faits anatomiques les considérations que les ganglions apparaissent surtout chez les jeunes sujets, souvent après un exercice violent ou forcé de l'articulation (piano, violon, marche) ; que souvent ils disparaissent spontanément pour revenir à l'occasion d'une nouvelle poussée articulaire ; que leur apparition, quelquefois lente, peut aussi se faire avec brusquerie dans un mouvement violent, etc., etc., on est tenté d'accepter les deux théories, sans les différencier autant qu'on l'a fait jusqu'ici.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE GRENOBLE. — Un congé, pendant l'année scolaire 1890-1891, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. RAOULT, chargé d'un cours de chimie et de toxicologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble. — M. LABATUT, suppléant des chaires de physique et de chimie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble, est chargé d'un cours de chimie et toxicologie à ladite Ecole, pendant la durée du congé accordé à M. Raoult.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOULOUSE. — M. CAUBET, directeur de l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Toulouse, est maintenu pour trois ans dans lesdites fonctions, à partir du 1er novembre 1890.

PATHOLOGIE INFANTILE

Note sur l'hérédité du bec-de-lièvre ;

par le Dr A.-F. PLICQUE, ancien interne des hôpitaux.

L'hérédité possible du bec-de-lièvre est un fait depuis longtemps connu. Il n'est pourtant pas sans intérêt, au point de vue des conditions de cette hérédité, de rapporter brièvement le fait suivant, remarquable tant par la multiplicité des cas de becs-de-lièvre dans la même famille que par les irrégularités de leur distribution entre les diverses branches de cette famille.

Obs. — Notre malade, au moment où nous avons eu occasion de l'observer, était âgée de 18 ans. Elle a été opérée dans l'enfance pour son bec-de-lièvre, mais, par suite d'un défaut de cicatrisation, le lobule médian, tout d'abord suturé en arrière au niveau de la ligne de réunion, a cédé sur ce point. Il forme, à la partie antérieure de la cloison, un appendice du volume d'un gros pois. La partie postérieure du bord libre de la cloison est au contraire dépouvue de son revêtement cutané. La lèvre supérieure présente, à sa jonction avec la partie postérieure de la cloison, une petite dépression et offre sur toute sa face antérieure un aplatissement très marqué. Il résultait de cet ensemble de lésions une difformité des plus choquantes que notre maître, M. Périer, voulut bien essayer de corriger par une opération autoplastique. Il commença par détacher à demi, au niveau de ses insertions postérieures, l'appendice de la cloison. Il le disséqua en le déroulant en quelque sorte et réséqua la portion terminale de façon que sa longueur correspondît exactement à celle de la cloison. Une résection du bord libre de la cloison fut pratiquée tant pour obtenir l'avivement que pour créer une loge exacte au lambeau. Celui-ci fut suturé à la cloison et son extrémité postérieure se logea dans la petite dépression de la lèvre supérieure signalée plus haut, dépression où M. Périer fit un avivement en triangle. Le résultat obtenu fut parfait de tous points. Voici maintenant les *antécédents héréditaires* de cette malade, antécédents qui constituent le véritable objet de cette courte note. Son père et sa mère sont tous deux indemnes de toute malformation congénitale et n'offrent pas de consanguinité. Dans la ligne paternelle, un des oncles de la malade présente un pouce surnuméraire. Dans la ligne maternelle, un des oncles est atteint de bec-de-lièvre. C'est le seul cas de l'affection que l'on rencontre parmi les ascendants. Bien qu'atteint lui-même de bec-de-lièvre, cet oncle a eu deux enfants bien conformés. Mais sa sœur, mère de notre malade, a eu sur ses neuf enfants cinq cas de bec-de-lièvre. Dans trois, le bec-de-lièvre se réduisait à une simple encoche. Dans les deux autres et en particulier chez notre malade, il y avait en même temps saillie du tubercule médian. Mais chez aucun des cinq enfants il n'y eut de lésion palatine. Ces lésions se rencontrent, en revanche, dans une autre branche de la famille maternelle de notre malade. — Une sœur de sa mère, qui elle non plus n'avait point de bec-de-lièvre, a eu ses deux enfants atteints tous deux de lésions complexes intéressant toute la voûte palatine.

En résumé, dans les trois branches de la famille de notre malade, il n'en est qu'une où aucun enfant n'ait présenté de bec-de-lièvre. Par une singulière anomalie, c'est précisément celle où l'ascendant était atteint de cette affection. Pour ce qui concerne la troisième génération dans cette famille, il n'est pas inutile d'ajouter qu'un frère et une sœur de la malade, atteints tous deux de becs-de-lièvre, sont mariés et que les cinq enfants qu'ils ont eus jusqu'ici n'ont point présenté de malformation.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE RENNES. — M. PERRIN DE LA TOUCHE (E.-J.-M.), 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.

© ANM

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. **J.-M. CHARCOT.**

La Nutrition dans l'Hystérie (*Suite*) (1):

LA NUTRITION DANS L'ANOREXIE, LES VOMISSEMENTS ET LES TROUBLES MOTEURS PERMANENTS DE L'HYSTÉRIE;

par le Dr **GILLES DE LA TOURETTE**, chef de Clinique des maladies du système nerveux, et **H. CATHELINEAU**, interne en pharmacie de la Clinique.

Anorexie et vomissements hystériques. — Nous allons maintenant étudier la nutrition dans les manifestations pathologiques constituées par l'anorexie et les vomissements hystériques.

I.—Nous ne dirons rien de la nutrition dans les troubles urinaires proprement dits, anurie, oligurie, ischurie et polyurie. Pendant les deux années qu'ont duré nos recherches, nous n'en avons pas observé d'exemple parmi les nombreux malades admis dans les salles de la Clinique, ou bien les phénomènes étaient trop incomplets, trop transitoires pour se prêter à l'analyse. Comme on le voit, ces cas sont rares, ce qui cependant n'enlève rien à leur intérêt. Il va sans dire, bien entendu, que toute l'urologie qui forme le fond des recherches précédemment exposées se rapporte uniquement à la manifestation étudiée — attaque convulsive, états de mal, etc. — les troubles urinaires ne faisant là que traduire le dérangement imprimé à l'organisme par la manifestation principale.

En ce qui regarde donc les troubles urinaires, nous ne saurons mieux faire que de renvoyer à la leçon que notre maître a consacrée à l'ischurie hystérique (2). Dans cette leçon magistrale, M. Charcot établit le premier un rapport entre l'anurie, l'oligurie et les vomissements dont nous allons parler : à ce titre, elle nous intéressait particulièrement ; nous y reviendrons.

II.—Les principales manifestations de l'hystérie sur les voies digestives comprennent, avons-nous dit, l'anorexie et les vomissements.

Il eût été extrêmement intéressant pour nous, on le comprend, de pouvoir observer et suivre un cas d'anorexie hystérique pure, en tant que manifestation isolée de l'hystérie. A la vérité, à diverses reprises, en particulier dans les états de mal, nous avons suivi des sujets qui restaient parfois 15 jours sans prendre aucune alimentation ; mais il y avait coïncidence d'une autre manifestation : sommeil, délire, et ce n'est pas analyser que de tout confondre.

Nous n'avons jamais observé un cas pur d'anorexie hystérique de cette manifestation si bien décrite par Gull, Lasègue et M. Charcot. Au point de vue biologique toutefois, notre maître a donné, à propos de l'anorexie, des indications si précises que, véritablement, nos regrets sont peut-être superflus.

En effet, il a établi que l'anorexie peut entraîner une dénutrition telle que la mort en soit la conséquence. Après avoir parlé de la prolongation de cet état, M. Charcot s'exprime, en effet, en ces termes (3) : « Alors l'amaigrissement ne tarde pas à survenir : il atteint des proportions véritablement extravagantes ; les malades ne sont plus, sans amplification, que des squelettes vivants. Et de quelle vie ! la torpeur cérébrale a succédé à l'agitation factice du début ; depuis longtemps la marche et la station debout sont devenues impossibles ; les malades sont confinées au lit, où elles peuvent à peine se mouvoir ; les muscles du cou sont paralysés, la tête roule comme une masse inerte sur l'oreiller ; les extrémités sont froides, cyanosées ; on se demande comment la vie peut persister au milieu d'un pareil délabrement.

« Depuis longtemps, déjà, les parents se sont alarmés, mais l'alarme est au plus haut degré lorsque les choses en sont venues à ce point ; elle est du reste bien justifiée, car la *terminaison fatale est là, menaçante, et je connais, pour ma part, au moins quatre cas où elle est survenue.* »

La dénutrition peut donc être telle dans l'anorexie hystérique que la mort s'ensuive. Que dire, après cela, de l'opinion qui veut que les hystériques ne désassimilent pas.

III. — Comment se comporte maintenant la nutrition dans les *vomissements hystériques*. Si, pour l'anorexie, la question est tranchée — de la façon la plus radicale — par M. Charcot, il n'en est plus de même pour les vomissements. A vrai dire, cette question est beaucoup plus complexe qu'elle n'en a l'air. Il est des auteurs, Salter (*The Lancet*, nos 1 et 2, t. 11, 1868), par exemple, qui ont surtout et très bien envisagé les vomissements hystériques, mais uniquement au point de vue clinique. On note, dans les deux articles consacrés par cet auteur à cette manifestation, que l'état général restait bon, était même meilleur qu'à l'entrée à l'hôpital, mais voilà tout, au point de vue de la nutrition proprement dite et des phénomènes corrélatifs d'assimilation et de désassimilation.

M. Charcot s'est placé sur un autre terrain. Considérant plus particulièrement les vomissements hystériques dans leurs rapports avec l'anorexie et l'ischurie, il a fait voir qu'il y avait souvent une alternance entre le taux de l'urine et le taux des matières vomies. Il a montré, dans ces cas, que l'on découvrait l'urée dans les vomissements et dans le sang, appelant, à son aide, dans cette circonstance, l'habileté opératoire bien connue de M. Gréhant.

C'est également là le point de vue auquel M. Fernet s'est placé, quelque temps après M. Charcot (1). On trouvera son opinion exposée par M. Secouet dans sa thèse : *Des vomissements urémiques chez les femmes hystériques* (1873).

M. Bouchard intervient alors dans la question dans deux leçons, publiées par le *Mouvement médical* (nos 26, 27, 1873). Sans nier les relations qui existent entre l'oligurie et les vomissements hystériques, il montre que les vomissements peuvent parfaitement exister concurremment avec un taux relativement considérable d'urine (entre 550 et 1,660 c. c.). Le très grand mérite de M. Bouchard est d'établir, que l'urée existe dans tous les vomissements hystériques ou autres, opinion, avec les conséquences qui en découlent, qu'expose ainsi qu'il suit M. Juventin, son élève, dans sa thèse inaugurale (1874), *De l'urée dans les vomissements* : « Comme on trouve l'urée dans tous les

(1) Voyez le *Progrès médical*, 1er décembre 1888 ; nos 18, 19, 25, 1889 ; et nos 2, 8 et 9, 1890.

(2) *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. I, p. 295, 1877. De l'ischurie hystérique. Cette leçon date du mois de juin 1872.

(3) *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III, 1887, 7e leçon recueillie par Gilles de la Tourette.

(1) *De l'oligurie et de l'anurie hystériques et des vomissements qui les accompagnent* ; in *Union méd.*, 17 avril 1873, p. 566.

© ANM

vomissements, on ne peut donc pas déduire de la présence de l'urée dans les vomissements qu'il y a urémie, puisque M. Bouchard a prouvé que tous en contenaient » (p. 9).

Nous n'essaierons pas de prendre position dans cette question, notre but étant uniquement d'étudier comment la nutrition se comporte dans les vomissements hystériques.

Eh bien, des deux cas que nous avons étudiés et que nous allons exposer, nous pouvons tirer cette conclusion que, dans les vomissements hystériques, la nutrition se trouve singulièrement altérée.

A la vérité, cette opinion ne se dégage pas bien nettement des travaux précédemment mentionnés, qui, nous l'avons dit, ont tous été faits à un point de vue différent du nôtre. M. Bouchard, cependant, note pour une de ses malades qu'elle a maigri d'un kilog, du 10 janvier au 18 février 1873. Toutefois, il ajoute plus bas : « La malade sort de nos salles après un séjour de 4 mois, et bien que pendant tout ce temps elle n'ait rien absorbé, elle est à peine amaigrie. » M. Charcot dit que chez sa malade, atteinte de vomissements incoercibles, « la nutrition ne souffrit guère. » Chez la malade de M. Fernet, les vomissements s'étaient arrêtés avant la sortie de l'hôpital.

Evidemment, comme pour toutes les recherches spéciales, il faut employer des moyens spéciaux ; en particulier dans la circonstance, il est indispensable d'effectuer des pesées fréquentes, seules capables de nous renseigner exactement sur l'état de la nutrition.

Toutefois, avant d'exposer les résultats qui nous ont été fournis par cette méthode, nous devons rapporter l'opinion que Briquet a exprimée au 7e paragraphe du chapitre qu'il consacre à l'*hyperesthésie des voies digestives* (*op. cit.*, p. 256) : « D'autres fois l'appétit est nul, il y a répugnance pour toute espèce d'aliments, et quand le besoin absolu finit par se faire sentir, la plus petite quantité de substance alimentaire, soit solide, soit liquide, provoque des douleurs atroces, que les malades comparent à des crampes, à de la brûlure, à un froid glacial ou à des griffes de fer avec lesquelles on râclerait l'estomac ; ces souffrances durent jusqu'à ce que cette parcelle d'aliments soit vomie ou digérée. Cette forme de la gastralgie est la plus grave de toutes : la souffrance perpétuelle et l'état d'inanition amènent bientôt l'amaigrissement et l'altération des liquides de l'économie, les malades s'épuisent et *finissent par périr dans le dernier degré d'affaiblissement et de consomption.* »

Evidemment cette description répond bien plus à celle de l'anorexie qu'à celle des vomissements. Et nous savons combien M. Charcot est affirmatif au point de vue de la terminaison fatale, dans l'anorexie, que Briquet ne décrit pas dans un chapitre spécial. Pour être complet, il faut ajouter que, quelques lignes plus haut, le même auteur, traitant des vomissements hystériques, écrivait (p. 255) : « Quand le vomissement n'est pas précédé de douleurs vives et quand la sensation se borne à la simple nausée, les hystériques sujettes à ces accidents deviennent pâles et maigres. Cependant il arrive encore assez fréquemment que ces malades restent fraîches et conservent de l'embonpoint. »

Tel est l'état de cette question de la nutrition dans les vomissements hystériques qui n'a pas fait un pas, que nous sachions, depuis les travaux des auteurs précédemment cités ; question complexe, comprenant des cas d'une analyse pénible et difficile à laquelle nous allons nous efforcer d'apporter maintenant notre contribution.

Comme nous l'avons dit, nous avons observé deux cas de vomissements hystériques. Le premier (A) est relatif à une femme de 19 ans, Olliv., entrée au mois d'avril 1888 dans le service de la Clinique pour des vomissements hystériques incoercibles, et sortie le 21 novembre 1888, en voie de guérison. Pendant cette longue période, nous l'avons suivie jour par jour, regrettant qu'elle quittât l'hospice au moment où s'affirmait la guérison. Elle était rappelée chez elle judiciairement pour une affaire de viol dont elle avait été la victime. L'alimentation fut exclusivement lactée ; c'est, on le comprend, le seul moyen d'être fixé sur les ingesta. Comme nous avions noté dès le premier jour un spasme des premières voies digestives qui occasionnait le rejet immédiat du lait, le liquide fut introduit en 4 fois par jour à l'aide de la sonde jusque dans l'estomac. Aussitôt la sonde retirée, le vomissement survenait immédiat, sans douleur, sans effort, phénomènes qui, on le sait, appartiennent au vomissement hystérique. Les vomissements étaient recueillis et dosés suivant la méthode de M. Bouchard.

On eût pu croire, étant donné l'instantanéité du vomissement et son abondance que rien ne restait dans l'estomac. On se fût trompé, et cette remarque expliquera bien des embonpoints relatifs notés par les auteurs qui ne se sont pas astreints à conserver journellement les vomissements. En effet, 3 litres 1/2 de lait était ainsi ingérés en 4 fois ; du 7 avril au 2 novembre, le volume des vomissements n'a jamais dépassé 1270 c.c. et n'est pas tombé au-dessous de 175 avec une moyenne de 4 à 500 c.c.

En négligeant même les sécrétions stomacales qui doivent cependant entrer en ligne de compte dans le volume des matières vomies, on voit que, malgré les apparences, la malade conservait encore une quantité de lait très notable.

Les vomissements contenaient constamment de l'urée, de 0 gr. 18, à 0 gr. 70.

Pendant toute cette période, l'urine a oscillé entre 250 et 600 c.c. avec une moyenne de 400 c.c. ; l'urée entre 6 et 14 grammes avec une moyenne de 10 à 12 gr. ; l'acide phosphorique entre 0 gr. 62 et 1 gr. 58, avec une moyenne de 1 gr. 20. Un jour, le 20 avril 1888, en pleine période de vomissements et sans cause connue, la malade a donné 1200 c.c. d'urine, 21 gr. 87 d'urée, 1 gr. 84 d'acide phosphorique ; 180 c.c. de vomissements renfermant 0 gr. 07 d'urée.

Pour notre part, nous ne chercherons pas à tirer des conclusions en comparant entre eux les chiffres que nous venons de donner. L'important pour nous, au point de vue de la nutrition, est de voir comment s'est comporté le poids du corps pendant cette longue période de 7 mois.

Le 7 avril 1888, Oll... pèse 54 k. ; le 21 avril, 51 k. ; le 4 mai 48 kilogr. ; le 26 juin, 47 kilogr. ; le 7 juillet, 46 kilog. ; le 29, 45 kilog. 560 ; le 14 août, 44 kilog. 900 ; le 15 septembre, 44 kilogr. 050. Vers le milieu d'octobre, sous l'influence de séances de transfert, l'état mental change ; la malade devient moins triste, moins pleurarde ; il se manifeste alors des mouvements choréïques dans la tête et dans le tronc, les vomissements diminuent. Aussi, le poids s'élève-t-il ; le 2 novembre, la malade pèse 45 kilogr. ; le 19, 46 kilogr. ; elle reçoit alors la nouvelle qu'elle doit se rendre au parquet de X... ; les vomissements cessent et elle part le 21 novembre. Malgré nos efforts, nous n'avons pas eu ultérieurement de ses nouvelles.

© ANM

En résumé, que nous apprend cette observation ? C'est, qu'en 7 mois, la malade a maigri de 10 kilos, environ 50 grammes par jour. Elle s'acheminait donc lentement, ayant perdu le quart de son poids total, vers une terminaison fatale par inanition, comme dans l'anorexie, si sous des influences toujours difficiles à analyser, ses vomissements n'avaient pas diminué, puis cessé, en même temps que revenait parallèlement l'embonpoint.

La deuxième malade que nous avons observée est peut-être plus instructive encore, car son observation est complète. C'est elle, St. Den..., âgée de 15 ans 1/2, dont nous avons parlé en traitant des attaques de sommeil et que M. Charcot a présentée endormie à sa leçon du 5 février 1889.

Elle entre en décembre 1888 à la Salpêtrière pour des vomissements incoercibles. Du 19 décembre 1888 au 22 janvier 1889, elle vomit par jour de 300 à 800 c. c. de liquide sur 1,000 à 1,200 c.c. de lait ingurgité; en moyenne, 500 c.c. de vomissements par jour qui renferment de 0 gr. 33 à 2 gr. 05 d'urée avec une moyenne de 0 gr. 50 par jour. Les urines mesurent de 350 à 750 c.c. avec une moyenne de 450 c.c. Elles renferment en moyenne 28 à 30 grammes de résidu fixe, 8 à 10 gr. d'urée, et 0 gr. 60 à 1 gr. d'acide phosphorique total sans inversion de la formule.

Nous présentons du reste, dans le tableau XXII, un fragment de nos analyses permettant de comparer ces divers chiffres entre eux et de noter les variations journalières.

Tout en donnant la suite de l'observation, étudions les pesées faites à diverses périodes. Le 19 déc. 1888, la malade pèse 41 kilogr. 390; le 27, 40 kilos; le 29, 38 kilogr. 100; le 3 janvier 1889, 36 kilogr. 550. En 15 jours, elle a maigri de 4 kilogr. 840, soit 325 gr. par jour en moyenne. A partir du 5 janvier, les vomissements se calment; l'alimentation, toujours lactée, est plus abondante : de 36 kilogr. 550 le 3 janvier, la malade remonte à 37 kilogr. 760 le 22 janvier. Les 23, 24, 25, état de mal de sommeil. Au réveil, la malade ne pèse plus que 36 kilogr. 950. Aussitôt réveillée, elle mange avec appétit; les vomissements n'existent plus que le 26 et le 27, et encore en quantité très minime : 30 c.c.; 90 c.c. Aussi engraisse-t-elle avec une extrême rapidité, car le 30, elle pèse 39 kilos. Le 31 janvier, elle s'endort et est réveillée au cours par M. Charcot le 5 février; elle ne pèse plus alors que 37 kilogr. 100. Les vomissements ont disparu définitivement, l'appétit est excellent; aussi l'embonpoint revient-il très rapidement. Le 5 février, jour du réveil, elle pesait, avons-nous dit, 37 kilogr. 100; le 8, elle pèse 39 kilogr. 300; le 10, 40 kilogr. 080; le 13, 41 kilogr. 200; le 20, 46 k. 080, et oscille dès lors autour de ce chiffre.

TABLEAU XXII.

Vomissements hystériques. — St Den., 16 ans.

DATES	POIDS	VOL. DE L'URINE	RÉSIDU FIXE POUR 1000 C. C.	URÉE	Acide phosphor. TERREUX	Acide phosphor. ALCALIN	Acide phosphor. TOTAL	ALIMENTATION (Lait)	VOMISSEMENTS	URÉE DANS LES VOMISSEMENTS
	k.	c.c.	gr.	gr.	gr.	gr.	gr	c c.	c.c.	
19 décembre 1888	41.390	500	53	12.50	0 23	0 78	1.01	1200	800	1 60
25 —		670	38.30	13.06	0.22	0.46	0.68	1000	325	1.88
26 —		650	28	7 15	0 19	0.60	0 79	1000	500	0.28
27 —		750	29.70	11.25	0.16	0.34	0.50	1000	88	0.33
28 —	40	310	25	8.25	0 12	0.17	0.29	1160	460	0 34
29 —		280	12.10	5	0 42	0.65	1.07	1950	350	0.51
	38.100	540	30 83	7.16	0,36	0.60	0.96	1200	500	2.08

Peut-on voir un plus bel exemple de dénutrition causée par les vomissements hystériques et aussi de la rapidité avec laquelle peut se reproduire l'embonpoint lorsque les vomissements ont cessé ?

Au point de vue clinique, il convient donc de surveiller cette manifestation lorsqu'elle se prolonge, car on peut prévoir le moment où, comme dans l'inanition expérimentale, la perte par rapport au poids total soit trop considérable pour que le retour à la santé puisse avoir lieu.

IV.—*Contractures, paralysies, tremblements hystériques.* — Il nous reste encore à étudier la nutrition dans un grand nombre de manifestations hystériques. Parmi celles-ci, tout en restant incomplets, nous distinguerons trois groupes : les *contractures*, les *paralysies*, les *tremblements*. Dans ces diverses catégories, les malades ne nous ont pas fait défaut, car ce sont là des manifestations fréquentes de l'hystérie, et vu leur permanence faciles à étudier. Nous devons dire que les sujets choisis ne présentaient pas actuellement de troubles digestifs appréciables.

L'exposé de nos recherches, dans la circonstance, ne nous retiendra pas longtemps, parce que les résultats obtenus ont été purement négatifs; c'est-à-dire que dans les cas étudiés, rentrant dans les précédentes catégories, *nous n'avons jamais observé de troubles de la nutrition générale.* Il est bien entendu que nous laissons complètement de côté les phénomènes de nutrition locale, troubles trophiques, par exemple, qui sont beaucoup plus fréquents qu'on ne croit dans l'hystérie.

Nos analyses ont porté sur 9 individus, 4 hommes et 5 femmes, se répartissant ainsi qu'il suit :

Contractures : 3 hommes : 3 cas de spasme glosso-labié; 3 femmes : 1 spasme de l'orbiculaire des paupières avec coxalgie hystérique et contracture du gros orteil droit; 1 cas de contracture des deux pieds en équin direct; 1 cas de contracture du membre inférieur droit avec pied bot-varus.

Paralysie : 1 homme : hémiplégie hystérique flasque du côté droit.

Tremblements : 2 femmes : 1 cas de tremblement hémichoréique du côté gauche; 1 cas de tremblement hystérique limité au membre supérieur droit.

Nous devons ajouter que ces diverses manifestations étaient installées à l'état permanent, et que les tremblements, en particulier, ne survenaient pas sous forme d'accès.

Dans ces 9 cas, pour lesquels il a été fait individuellement une moyenne d'analyses de 8 jours consécutifs, le volume de l'urine, le taux du résidu fixe, de l'urée, des phosphates, avec leurs rapports réciproques ont été trouvés normaux après comparaison avec les moyennes théoriques. Afin de ne pas multiplier outre mesure les tableaux, nous avons cru inutile de donner le détail de nos analyses. *(A suivre).*

MÉDECINE ET MAGISTRATURE. — Le discours de rentrée de la Cour de Nimes sortait, cette année, de la banalité ordinaire. M. Giraud, substitut du procureur général, a pris, en effet, pour sujet la double question suivante : « *Y a-t-il lieu de reviser le tarif alloué par le décret du 18 juin 1811 aux médecins requis par l'autorité judiciaire ? Y a-t-il lieu de reviser le paragraphe 12, article 475 du Code pénal pour obliger les médecins à prêter leur concours à toute réquisition de la justice ?* — A Bourges, M. Leturc, substitut du procureur général, a pris pour sujet de son discours à la rentrée des tribunaux : *L'incapacité des médecins de recevoir des libéralités de leurs malades.* — A Grenoble on a traité la question suivante : *La criminalité en France;* et à Douai : *La protection de l'enfance par la législation.*

© ANM

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

De l'Impôt sur les Spécialités pharmaceutiques et les Eaux minérales.

S'il est un article des programmes électoraux, lors des dernières élections, qui ait été accepté par la très grande majorité des électeurs, c'est assurément celui-ci : *Pas d'impôts nouveaux, mais des économies*. M. le Ministre des finances n'a pas trouvé, semble-t-il, le moyen d'équilibrer le budget de 1891 à l'aide des économies, comme le demande le corps électoral, et pour que son budget ne se solde pas en déficit, il s'est mis à la recherche d'impôts nouveaux. Parmi les nombreux projets qui figurent dans les Archives parlementaires, il a donné la préférence à un projet de loi d'un sénateur inamovible, aujourd'hui disparu, M. de Lorgeril. On se rappelle que cet implacable et éternel ennemi des spécialités pharmaceutiques avait présenté à l'Assemblée nationale, en 1874 et en 1875, un projet de loi établissant un impôt sur les spécialités, et qu'en 1876 (3 juillet) il avait déposé au Sénat un troisième projet de loi tendant à frapper d'un impôt, non plus seulement les spécialités pharmaceutiques, mais encore les spécialités hygiéniques et de toilette et les eaux minérales. M. de Lorgeril faisait miroiter aux yeux du ministre des finances et de ses collègues la possibilité de recueillir au moins 36 millions du produit de l'impôt nouveau. M. Rouvier est plus modeste : il se borne à prévoir une recette annuelle de 12 millions, correspondant à une taxe moyenne de 8 0/0. Voici l'*Exposé des motifs* qu'il invoque à l'appui de son projet et que nous reproduisons textuellement, afin de permettre à nos lecteurs de mieux suivre notre discussion.

Il est admis que des impôts de consommation doivent surtout porter sur des objets qui ne sont pas de première nécessité et qui procurent aux fabricants et aux intermédiaires une source de bénéfices considérables. Aucune taxe ne répond mieux à ces idées qu'un droit établi sur les *spécialités pharmaceutiques, hygiéniques et de toilette*.

Depuis un certain nombre d'années, la publicité sous toutes ses formes, annonces, prospectus, brochures, a donné une grande extension à la vente des spécialités pharmaceutiques. C'est ainsi qu'a pris naissance et que s'est développée une nouvelle branche d'industrie qui représente aujourd'hui un chiffre d'affaires très important, et qui réalise d'énormes bénéfices, si l'on considère que, pour la plupart de ces produits, le prix de revient représente à peine la dixième partie du prix de vente (1). Au moment où le Trésor a besoin de ressources nouvelles pour compenser la perte résultant du dégrèvement de la propriété foncière, il nous a semblé qu'il y avait, dans cette production chaque jour grandissante, la matière d'un impôt dont le principe se justifie d'autant mieux que la législation des patentes ne permet pas de lui faire supporter la part qui, dans les charges communes, devrait équitablement lui incomber. On ne saurait prétendre que taxer les spécialités pharmaceutiques, c'est mettre un impôt sur les maladies et les infirmités. C'est une objection qu'il est aisé de réfuter. D'abord, il y a tout lieu de croire que l'impôt sera prélevé, en totalité ou pour la plus grande partie, sur l'écart qui existe entre le prix de revient et le prix de vente, et qu'il passera ainsi inaperçu pour le public. De plus, il n'atteindra que les spécialités et nullement les remèdes sur les ordonnances. Or, les lois sur l'exercice de la pharmacie interdisent la vente des remèdes secrets ; les formules de toutes les spécialités sont donc connues, et tout pharmacien est en mesure de livrer, sur ordonnance du médecin, l'équivalent d'une spécialité quelconque. Il n'est pas davantage à craindre que l'impôt vienne mettre obstacle à la diffusion d'utiles découvertes : le taux en sera trop peu élevé pour qu'il ait en aucune façon un caractère prohibitif. Consulté, en 1875, au sujet de l'établissement d'un impôt sur les spécialités, le Comité consultatif d'hygiène publique s'exprimait ainsi : « Quel a toujours été, quel est le rôle de la spécialité dans la pratique médicale ? A-t-elle jamais révélé l'existence d'un médicament utile ? A-t-elle déjà mis en lumière des propriétés thérapeutiques nouvelles d'une substance déjà connue ? Non ... En réalité, le spécialiste ne contribue pas au progrès de la thérapeutique ; son but est tout autre. Il ne cherche qu'à s'assurer de gros bénéfices en flattant le goût du public sous toutes ses formes. Le spécialiste fait donc œuvre de commerce, et son commerce s'adresse directement, nous pourrions dire exclusivement, aux classes aisées de la société. A tous ces titres, la spécialité nous paraît réunir les caractères d'une matière imposable.

L'habitude de recourir à ces produits, disait encore le comité, désapprend au médecin l'art de formuler ; elle entraîne le pharmacien dans la voie du mercantilisme et le détourne du laboratoire, dont la fréquentation peut seule lui fournir les moyens d'acquérir une bonne et solide instruction professionnelle ; quant au public, c'est lui rendre service que de modérer son engouement pour des préparations dont il use parfois de sa propre initiative, sans discernement, et dont le dosage uniforme ne tient pas compte, en tout cas, du tempérament, de la constitution et de la variété des souffrances du malade. Nous n'aurions garde cependant de présenter le nouvel impôt comme un moyen de combattre les spécialités. Il ne faut pas se montrer injuste envers une industrie qui est consciencieusement pratiquée par la plupart de ceux qui l'exercent. Si le produit spécial ne se prête pas, comme le remède sur ordonnance, à l'infinie diversité des cas, il peut avoir pour lui l'avantage de faire entrer la substance active dans des préparations moins désagréables au goût que les préparations ordinaires ; il la présente sous une forme plus commode, plus élégante. On ne saurait d'ailleurs méconnaître que les spécialités françaises, en général, sont justement réputées, à l'étranger comme en France, pour le soin apporté dans leur préparation. Mais, pour que la clientèle à laquelle ces spécialistes s'adressent ne soit pas victime de la confiance qu'elle leur accorde, il faudrait du moins qu'elle fût prémunie contre les imitations, les contrefaçons, souvent inefficaces, quelquefois dangereuses, qui en sont faites. Nous avons pensé que, de ce côté, il y avait aussi quelque chose à faire et que l'impôt pouvait devenir la rémunération directe d'un service rendu à la fois aux fabricants de spécialités et au public qui en fait usage. C'est pourquoi nous proposons de le percevoir au moyen de l'apposition d'un timbre qui garantira, non pas, il est superflu de le dire, la composition ou les propriétés du produit, mais l'authenticité de la marque de fabrique dont il est revêtu. Notre projet, dès lors, ne constitue pas, à proprement parler, une innovation, mais plutôt une application nouvelle et généralisée de dispositions existantes. Il se borne à rendre obligatoires : 1° L'apposition d'une marque de fabrique ou de commerce, obligation prévue éventuellement par l'article 1er de la loi du 23 juin 1857 ; 2° La garantie de cette marque par l'apposition d'un timbre officiel, garantie instituée, à titre facultatif, par la loi du 26 novembre 1873. L'apposition de ce timbre donnera lieu à la perception d'un droit dont le tarif, proportionné au prix de vente, sera très modéré pour les produits vendus à l'intérieur et tout à fait minime pour ceux destinés à l'exportation. Ainsi perçu, l'impôt associe les intérêts de l'industrie et ceux des consommateurs à l'intérêt général du Trésor public. Un point essentiel pour prévenir toute contestation dans l'application de la loi, c'est de définir, aussi exactement que possible, le produit imposable ; nous avons eu recours aux indications données par l'Académie de médecine et par le Comité consultatif d'hygiène publique dans une étude de la question entreprise en 1875. Il nous reste à évaluer le produit de la taxe. Les statistiques officielles ne contiennent pas de renseignements sur le commerce des spécialités, et il serait très difficile de se les procurer auprès des intéressés. Mais, en 1875, le chiffre de 150 millions de francs, qui avait été mis en avant comme représentant le prix de vente des spécialités de toute nature, tant à l'intérieur qu'à l'étranger, était considéré par le comité d'hygiène comme étant au-dessous de la réalité, et il n'est pas douteux que, depuis cette époque, la vente des produits dont il s'agit n'ait reçu une grande extension. On sait, en effet, qu'en Angleterre, l'impôt sur les spécialités, qui existe depuis 1783 et qui ne frappe que certaines catégories de médicaments connus sous le nom de « médicaments brevetés », a presque doublé depuis quinze ans. Dans ces conditions, on peut prévoir, sans exagération, une recette annuelle de 12 millions, correspondant à une taxe moyenne de 8 0/0. Le public, intéressé à ce qu'on lui livre exactement le produit qu'il demande, deviendra le véritable contrôleur de l'impôt.

Cet exposé, dans lequel nous aurons à relever bien des erreurs, est suivi d'un projet de loi ainsi conçu :

(1) Un rouleau de papier chimique vendu 2 fr. revient à 0 fr. 07. Une boîte de pilules vendue 5 fr. contient des produits dont la valeur réelle est de 0 fr. 37. On pourrait multiplier ces exemples. (Note de M. Rouvier).

© ANM

Art. 1er. — A partir du 189., la marque de fabrique ou de commerce et le timbre institué par la loi du 26 novembre 1873, pour la garantie de cette marque, sont rendus obligatoires en ce qui concerne les spécialités pharmaceutiques, *même* hygiéniques ou de toilette. Sont compris sous cette dénomination tous produits *pharmaceutiques*, simples ou composés, à l'exception des eaux minérales naturelles, présentés comme médicamentaux, hygiéniques ou de toilette, dont le fabricant ou le vendeur réclame la priorité d'invention ou la propriété exclusive, ou dont il préconise la supériorité, par voie d'annonce, de prospectus ou d'étiquette.

Art. 2. — Il sera perçu par l'administration des contributions indirectes, pour chaque timbre apposé, un droit dont le tarif est ainsi fixé : Produits dont le prix de vente au public est inférieur à 2 francs : vendus à l'intérieur, 10 centimes ; destinés à l'exportation, 2 centimes. Produits dont le prix de vente au public est compris entre 2 francs et 4 fr. 95 : vendus à l'intérieur, 20 centimes ; destinés à l'exportation, 4 centimes. Produits dont le prix de vente au public est supérieur de 5 francs et au-dessus : vendus à l'intérieur, 30 centimes ; destinés à l'exportation, 6 centimes, pour chaque 5 fr. Le prix de vente au public doit être indiqué d'une manière apparente sur l'étiquette. Les produits marqués du timbre d'exportation ne pourront circuler qu'accompagnés d'acquits à caution garantissant, en cas de non décharge, le payement d'une amende égale au double du prix du timbre d'intérieur. A l'égard des spécialités importées de l'étranger, il sera suppléé au timbre de garantie par un timbre mobile que l'administration vendra aux importateurs et dont les produits seront revêtus au moment de leur introduction sur le territoire de la République. Il en sera de même à l'égard des produits de toute origine existant dans le commerce au moment de la mise en vigueur de la présente loi.

Art. 3. — Un décret déterminera le mode et les lieux d'apposition du timbre, ainsi que les diverses mesures d'exécution de la présente loi.

Art. 4. — La mise en circulation ou en vente de l'un des produits visés à l'article 1er, qui ne serait pas revêtu du timbre qui lui est applicable, la détention de boîtes, étuis ou flacons vides revêtus de timbres non oblitérés, ainsi que les autres contraventions aux dispositions de la présente loi et du décret rendu pour son application, sont punis des peines édictées par l'article 4 de la loi du 26 septembre 1873, indépendamment de la confiscation des objets saisis. Les procès-verbaux constatant les contraventions seront suivis comme en matières de contributions indirectes.

Art. 5. — Les dispositions de la loi du 26 novembre 1873 sont maintenues en tout ce qui n'est pas contraire aux dispositions de la présente.

Nous allons examiner d'abord si l'impôt proposé est aussi facile à établir et à percevoir que se l'imagine M. le Ministre des finances qui, s'il en indique le revenu probable, ne fournit aucun renseignement sur les frais qu'entrainera sa perception. Il y aurait un grand intérêt, pour la commission du budget, à provoquer sur ce point des explications précises.

Les discussions sommaires qui ont eu lieu à l'occasion des diverses propositions de M. de Lorgeril mettent en relief les difficultés que présente l'application de cet impôt. Si les projets antérieurs ont échoué, ce n'est pas la faute des Ministres des finances, toujours heureux des propositions qui ont pour but d'enrichir leur budget. Aussi, après le dépôt de la première proposition de M. de Lorgeril, le ministre des finances de cette époque provoqua-t-il l'avis de l'Académie de médecine et du Conseil des arts et manufactures (?). L'Académie de Médecine fut consultée par une lettre ministérielle en date du 4 août 1874, demandant une réponse *le plus tôt possible*. La tâche était ardue, si l'on en juge par le retard apporté par l'Académie dans sa réponse qu'elle fit seulement le 5 janvier 1875.

« Sous le nom de *spécialités pharmaceutiques* ou *remèdes spéciaux*, dit le rapporteur, M. Buignet, on comprend les substances ou préparations, aujourd'hui en très grand nombre, qui sont présentées au public comme réalisant un perfectionnement de l'art pharmaceutique ou comme offrant des avantages thérapeutiques spéciaux. La forme sous laquelle elles se présentent est exclusivement variable :

« Tantôt ce sont des produits naturels, des drogues simples que l'on tire des contrées plus ou moins éloignées et auxquels on attribue des propriétés médicales particulières. Tantôt ce sont des médicaments déjà connus, inscrits dans les pharmacies françaises ou étrangères, que l'on présente comme préparés d'après un procédé nouveau qui rend leur action plus énergique et plus sûre.

« Dans d'autres circonstances, la spécialité consiste en une simple forme pharmaceutique, un nouveau système d'enrobage des médicaments, dont l'effet doublement précieux, aux yeux de l'inventeur, est de faciliter leur administration et de dissimuler leur mauvais goût.

« Ici c'est une substance alimentaire à laquelle on a cru reconnaître des propriétés médicamenteuses et que l'on recommande dans tel ou tel cas de maladie ; là c'est un produit pharmaceutique ou chimique que l'on prépare en grand, et dont on vante les avantages au double point de vue de l'économie et de la pureté. Enfin, et c'est là un cas qui ne se montre que trop souvent, la spécialité consiste souvent dans un médicament que l'on prend tout simplement dans le codex, que l'on s'approprie, pour ainsi dire, en y attachant son nom, et dont on parvient à se faire une sorte de monopole, à force d'annonce et de publicité.

« En présence d'une pareille variabilité de formes et de caractères, *il serait bien difficile, pour ne pas dire impossible, de donner des spécialités pharmaceutiques une définition* qui fût à la fois assez générale pour les comprendre toutes et assez simple pour être ramenée aux termes nets et précis que réclame la lettre de M. le Ministre. »

Cette réponse scientifique était très nette, mais allait à l'encontre des désirs du ministre. Il a donc fallu chercher une réponse susceptible de lui être transmise. Après des efforts laborieux, le rapporteur a fini par trouver, et, en terminant, il propose de répondre à M. le Ministre, qu'au point de vue d'une taxe à prélever sur les spécialités pharmaceutiques, il est possible de donner de ces spécialités une définition qui permette de les désigner et de les reconnaître exactement. Cette définition est ainsi formulée par la Commission :

« Sont considérées comme spécialités pharmaceutiques : 1° Tout médicament, annoncé par la voie des journaux, affiches, circulaires, ou *par tout autre moyen de publicité* ; — 2° Toute substance, préparation ou composition quelconque, annoncée par les mêmes voies de publicité comme possédant des propriétés médicales. »

Le ministre des finances, soit que cette réponse, assez singulière, ne le satisfit pas, soit qu'il estimât que l'avis d'un autre corps savant lui donnerait plus d'autorité pour appuyer le second projet que M. de Lorgeril avait présenté le 15 mars 1875 à l'Assemblée nationale, soumit la question au Comité consultatif d'Hygiène. La commission chargée de cet examen fit son rapport le 10 mai 1875. Ses conclusions, qui furent adoptées, étaient ainsi formulées en ce qui concerne les spécialités pharmaceutiques :

« 1° Peut être qualifiée *spécialité* : toute drogue simple ou composée, tout produit pharmaceutique, hygiénique, alimentaire ou de toilette, dont le propriétaire réclame la priorité d'invention, la supériorité de préparation ou le monopole, par voie d'annonce, de prospectus ou d'étiquette, qui est vendu par paquet, boîte, bouteille, fiole ou flacon, sous cachet, en quantité définie, constante, non divisible au gré de l'acheteur. — 2° Ainsi caractérisée, la spécialité peut être reconnue *matière imposable* (1). »

(1) *Recueil des travaux du Comité consultatif d'hygiène publique de France*, t. V, 1876, p. 459.

© ANM

Bien qu'il eut l'avis de l'Académie de médecine et celui du Comité consultatif d'hygiène, le ministre n'agissait pas. M. de Lorgeril, impatient, demanda, dans la séance du 4 août 1875 de l'Assemblée nationale, la mise à l'ordre du jour de son projet de loi. Le ministre lui répondit en ces termes :

M. Léon Say..... Quant aux *spécialités pharmaceutiques*, je crois que, à la rentrée, je serai en mesure de présenter à l'Assemblée un projet de loi. Je ne crois pas pouvoir arriver à recueillir les millions dont M. de Lorgeril nous a parlé (*on sourit*), mais il est certain qu'il y a quelque chose à faire. *La difficulté en cette matière, c'est la définition.* Nous avons consulté l'Académie de médecine, le Conseil des arts et manufactures (1), qui a fait un rapport très intéressant sur ce sujet, et j'espère arriver à un résultat.

M. le vicomte de Lorgeril n'insiste pas (2).

Près d'un an se passe et, pareil à sœur Anne, M. de Lorgeril ne voyant rien venir, déposa au Sénat un nouveau projet de loi contre les *spécialités pharmaceutiques, hygiéniques ou de toilette, et les eaux minérales naturelles ou artificielles.* Comme il s'étonnait, dans une certaine mesure, que le gouvernement n'eut encore rien fait, M. Léon Say vint en donner les raisons :

M. Léon Say, *ministre des finances.* — Je voudrais, dit-il, que mon honorable collègue fût bien convaincu que je n'ai pas perdu de vue cette question, dont l'examen m'avait été en effet renvoyé par la dernière assemblée. *Mais je me suis trouvé en présence d'une difficulté qui tenait surtout à la question de définition.*

« *Je me suis adressé aux corps savants qui m'ont envoyé* une définition très difficile à faire entrer dans une loi d'impôt. Mais je ne demande pas mieux d'étudier la question avec une commission spéciale et je suis prêt à le faire (*Approbation*) (3). »

Cette commission spéciale a-t-elle été nommée ? Nous l'ignorons. Ce qui est certain, c'est que personne, à notre connaissance, pas même M. le Ministre actuel des finances, n'a encore trouvé une définition des spécialités pouvant entrer dans une loi d'impôt.

Dans un prochain article, nous continuerons l'examen de cette question. En attendant, nous plaçons plus loin sous les yeux de nos lecteurs (p. 308) l'opinion d'hommes très-compétents dont personne ne peut contester ni l'honorabilité, ni la bonne foi. Bourneville.

(1) C'est probablement du Comité d'hygiène publique dont veut parler M. Léon Say.

(2) *Journal officiel* du 4 août 1875. *Compte rendu de la séance de l'Assemblée nationale* du 3 août, p. 6,330.

(3) *Journ. offic.* du 4 juillet 1876 (Séance du 3 juillet, p. 4806).

Cours d'infirmiers et de brancardiers. — L'Association de la Croix-Rouge de Belgique, sous la présidence du prince de Ligne, après avoir organisé un service de transport de blessés en temps de guerre, par l'achat d'un matériel complet, vient de créer des ambulances dans toutes l'agglomération bruxelloise. Ces ambulances, dont la direction est confiée à des médecins et à des pharmaciens, ont pour mission de former des infirmiers et des brancardiers. A cet effet, des cours publics vont s'ouvrir dans toutes les localités où les ambulances ont été créées. Une séance inaugurale préparatoire de ces cours aura lieu le 21 de ce mois, à 8 heures du soir, sous la présidence du Dr T. Gilbert, au local du sous-comité de Bruxelles, dans la grande salle du Café Teniers, au premier, boulevard Anspach, 83. Toutes les classes de la société seront conviées à suivre les cours ; mais la classe ouvrière, les agents de police, les pompiers surtout, trouveront dans ces cours un enseignement d'une grande utilité par l'apprentissage des soins à donner aux blessés (*Presse méd. belge*, 19 octobre 1890.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 6 octobre 1890. — Présidence de M. Duchartre.

M. Miquel adresse une note *sur une nouvelle méthode de dosage de l'urée* basée sur l'étude qu'il a faite précédemment de l'action des ferments de certains microorganismes sur les solutions d'urée. — Pour procéder au dosage, on choisira parmi les microbes urophages ceux qui croissent uniquement au fond des vases en produisant des dépôts plus ou moins granuleux qui ne troublent jamais la limpidité de la liqueur et la chargent d'une quantité élevée de ferment soluble. On mélange, à parties égales, le bouillon diastasifère et la solution d'urée (s'il s'agit de doser l'urine, il sera bon de traiter à chaud par un léger excès de carbonate d'ammonium, de filtrer et de laisser refroidir, puis de mélanger avec le bouillon diastasifère). On prend alors un repère alcalimétrique et le mélange est maintenu pendant deux heures à 50° dans un vase bouché à l'émeri. Un second essai alcalimétrique fait connaître la quantité de carbonate d'ammonium produit et, par suite, le poids de l'urée contenue dans la solution. Cette méthode offre une grande précision ; cependant il existe plusieurs substances qui entravent l'action de la diastase et sur lesquelles l'auteur reviendra dans une prochaine communication.

M. Onimus. — *Destruction du virus tuberculeux par les essences évaporées sur la mousse de platine.* — En faisant barboter, à l'aide d'un aspirateur, dans des crachats de tuberculeux maintenus dans des tubes de Liebig, les produits qui se dégagent d'une lampe à mousse de platine entretenue incandescente par un mélange d'alcool et de différentes essences, M. Onimus est arrivé à détruire la virulence du bacille tuberculeux. Les lapins et les cobayes, auxquels on a injecté ces crachats, n'ont pas présenté, à l'exception d'un seul, de lésions tuberculeuses. Les essences employées ont été l'essence de thym, de citron, d'eucalyptus ; celle de thym a paru la plus efficace. On sait que les essences possèdent une action antiseptique, mais celle-ci est considérablement augmentée par l'évaporation sur la mousse de platine incandescente. M. Onimus conclut de ces expériences sur les animaux et des observations chez des malades, que ce procédé est le moyen le plus pratique et le plus énergique pour *panser* les lésions profondes du parenchyme pulmonaire.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 18 octobre 1890. — Présidence de M. Brown-Séquard.

M. Capitan, à propos de la communication faite dans la dernière séance par MM. Sanchez Toledo et Veillon, sur la *présence du bacille tétanique dans le tube digestif d'animaux sains*, rapporte un fait qu'il a observé au cours de recherches récentes. La salive d'un lapin nourri de foin et de carottes, ensemencée, a produit des cultures qui déterminèrent, en injections intra-veineuses chez un lapin, des troubles spasmodiques intermittents, puis de véritables accès tétaniques avec opistothonos. L'animal mourut au bout de 6 jours. L'autopsie ne montra aucune lésion viscérale macroscopique. Les cultures des différents viscères furent fort impures, à cause de la durée qui s'était écoulée entre la mort et l'autopsie.

M. Maurel (de Toulouse) envoie une note sur les *températures extrêmes que peuvent supporter les leucocytes du sang humain.*

M. Gilbert. — *Sur la tuberculose des Gallinacés.* — Elle pénètre très vraisemblablement par les voies digestives. Elle n'y laisse pourtant de lésions que dans la moitié des cas environ. Il n'en est pas de même du foie et de la rate, qui sont constamment envahis. Les recherches faites par M. Gilbert, avec l'aide de MM. Cadiot et Roger, montrent que le foie du faisan subit dans ce cas la dégénérescence

© ANM

amyloïde. Les tubercules, petits, moyens et gros, diffèrent un peu de ceux de la poule, à cause de cette dégénérescence qui envahit le tissu conjonctif. Les tubercules entrent en régression à leur partie centrale, qui peut devenir vacuolaire ; mais leur périphérie continue à s'accroître et présente des cellules épithélioïdes et même des cellules géantes. Les tubercules moyens du foie de la poule présentent, au contraire, à leur centre, une zone vitreuse, qui se colore en jaune par le carmin, qui ne tend pas à se vacuoliser, et qui est entourée de grandes cellules épithélioïdes. Un certain nombre sont entourés d'une tunique conjonctive d'enkystement, qui, d'ailleurs, est souvent envahie elle-même par les cellules épithélioïdes, mais ne subit pas la transformation amyloïde. En inoculant le tubercule du faisan à la poule, on ne détermine que le tubercule de la poule. C'est donc l'organisme des animaux en expérience qui influe sur la forme du produit morbide.

M. Olivier a étudié *les réactions que présente le protoplasma dans les cellules des plantes*, en particulier chez les Algues. On voit chez ces organismes que le protoplasma des différentes cellules est relié par des filaments qui traversent, par des canaux spéciaux, les parois cellulaires, et ce fait qu'on retrouve dans les graines paraît être général, en sorte que le protoplasma serait absolument continu dans toute la plante. Pour étudier les filaments du protoplasma, M. Olivier anesthésie la plante à l'aide du chloroforme. On voit alors les connectifs protoplasmiques très fins, qui ne se contractent pas et qu'on peut compter par centaine, d'une cellule à l'autre. Il existe de plus des cellules complètement closes, dont les pores sont oblitérés, ce sont celles du revêtement, qui ne sont plus que des éléments de protection.

M. Retterer a examiné le *développement du fourreau de la verge* sur un certain nombre d'animaux domestiques, chien, chat, porc, bœuf, cheval, etc. Chez ces animaux, sauf le lapin, la verge reste en partie engagée dans un repli de la peau abdominale, qui va jusqu'au voisinage de l'ombilic. Ce repli est dû à une involution semblable à celle qui produit le repli préputial chez l'homme. Seulement elle s'accroît de façon à former à la verge un véritable étui, quand son invagination s'arrête au niveau du pubis.

Alex. Pilliet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 21 octobre 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

M. de Valcourt (de Cannes) lit un travail sur *les mesures sanitaires adoptées aux Etats-Unis et en France pour combattre la propagation des maladies contagieuses*. Constatant que les Etats-Unis, l'Angleterre, l'Ecosse et la Hollande sont très en avance sur nous sous ce rapport, et que les règlements sanitaires, en ce qui concerne les maladies contagieuses, sont tout à fait insuffisants en France, il conclut en exprimant le vœu que l'Académie appelle l'attention des pouvoirs publics sur l'urgence qu'il y aurait : 1° A rendre la déclaration des maladies contagieuses *obligatoire* pour les médecins, les familles, les propriétaires et les maîtres d'hôtels, et cela avec sanction pénale, comme en ce qui concerne les déclarations de naissance ou de décès ; 2° A prescrire des mesures d'isolement et à les rendre obligatoires ; 3° A ordonner la désinfection des locaux et des objets ayant été contaminés par les malades et à faire vérifier par les médecins de l'état civil si ces règlements sont exécutés.

M. Lagneau lit un nouveau travail sur *la dépopulation de la France*. Il conteste d'abord que l'usage du tabac puisse abaisser la natalité. Les Allemands du Nord, qui en font un usage abusif, ont une natalité et un accroissement de population beaucoup plus considérables qu'en France. La stérilité réelle ne paraît guère dépasser 10 à 11 0/0 des ménages. Les avortements et les infanticides atteignent surtout la natalité illégitime. Quoique 8 fois moins poursuivis, les avortements sont beaucoup plus fréquents que les infanticides. Il y a eu un accroissement notable de la population en 1889, où il a été presque double de l'année précédente. Il est dû à la diminution des décès, qui n'a été que de 20,5 pour 100 habitants. Mais la nuptialité et la natalité continuent à décroître. Il examine ensuite les moyens proposés en dehors de l'Académie : le mariage des prêtres, la suppression de la dot des filles qui, outre qu'elle fait moins craindre aux parents d'avoir plus d'enfants, fait préférer aux filles riches les filles fortes, capables d'avoir de beaux enfants. L'accroissement du nombre des fonctionnaires, qui viennent vivre dans les grands centres, au lieu de rester en province où la vie est moins chère, est aussi une cause de dépopulation. Pour restreindre l'immigration des ruraux vers les villes, l'auteur réclame aussi l'assistance médicale gratuite, qui est à l'état de projet de loi, et que cette assistance par le département, le canton et la commune soit obligatoire à l'égard de tout indigent dans son lieu de domicile. P. Sollier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 17 Octobre 1890. — Présidence de M. Dumontpallier.

M. Sevestre a eu aussi de bons résultats de l'emploi du lait stérilisé contre la diarrhée et les vomissements des enfants. Celui dont il s'est servi avait été préparé à l'hôpital même par l'interne du service. La caséine du lait stérilisé subit une modification qui la rapproche de la caséine du lait de femme.

M. Debove recommande le lait stérilisé pour le transport dans les longs voyages et dans les pays où il est difficile de se procurer du lait frais. Un de ses malades a pu emporter une provision de lait stérilisé en Cochinchine.

M. Sevestre. — L'inconvénient, c'est que le lait stérilisé n'a pas son goût normal, et que quelquefois sa couleur est un peu modifiée.

M. Letulle rapporte l'observation d'un malade atteint de *varices de l'œsophage*, entré à Tenon 2 ans auparavant pour une affection diagnostiquée ulcère de l'estomac. Ce malade a présenté pendant son dernier séjour à l'hôpital des hématémèses régulières, caractérisées par des jets de sang sortant par le nez et la bouche. Le malade est prévenu de l'apparition des hémorrhagies par une sensation de pesanteur au creux épigastrique, avec douleurs plus ou moins violentes. La rate était énorme, le foie petit ; le malade digérait parfaitement le lait qu'il ingérait. Le diagnostic de varices œsophagiennes et de cirrhose alcoolique fut fait et maintenu pendant 2 ans. Récemment, le malade a succombé à une pleurésie. A l'autopsie, pas traces de cirrhose. Aucune lésion alcoolique du foie. Rate cirrhotique. Mais 2 lésions attirent l'attention : 1° une péritonite partielle localisée à l'épiploon gastro-hépatique ; 2° une thrombose des veines mésaraïques avec oblitération complète d'une des racines de la veine-porte. Varices œsophagiennes énormes, endo et périphlébite scléreuse de ces veines et fissurations qui ont donné lieu aux hémorrhagies. Cette observation est rare, car dans les cas de varices œsophagiennes le foie est généralement pris. La thrombose des veines mésaraïques a empêché la lésion du foie. Cette observation montre que, dans le développement des varices œsophagiennes, la lésion du foie joue un rôle secondaire. A l'avenir, il faudra examiner attentivement dans ces cas l'état du système péritonéal prégastrique et prépancréatique, ainsi que l'état des vaisseaux-portes et de leurs origines. Il faut tenir compte aussi de la gêne circulatoire déterminée par la présence des varices œsophagiennes. On peut aussi se demander si l'alcool en nature mélangé au sang en circulation n'est pas intervenu dans le développement de ces varices.

M. Debove, en son nom et au nom de M. Courtois-Suffit, relate deux observations personnelles d'*hémorrhagies gastro-intestinales profuses survenues au cours de la cirrhose hépatique*. — De ces observations et de 12 autres tirées des auteurs, MM. Debove et Suffit concluent : 1° que dans la cirrhose hépatique on peut observer fréquemment des hémorrhagies profuses ; 2° qu'elles sont une complication grave, parfois mortelle ; 3° qu'elles peuvent précéder l'ascite et se produire à une période où la cirrhose est difficilement diagnostiquée. Au point de vue pathogénique, M. Debove pense que tous les faits qu'il a cités peuvent s'expliquer par l'hypothèse d'une congestion

© ANM

dans le système porte, qui, dans les cas de cirrhose du foie, peut être telle qu'il se produise une rupture et partant une hémorrhagie. Dans le fait de M. Letulle, il s'agit de phlébite, la pathogénie est identique.

M. Letulle. — Mon malade avait de véritables poussées de congestion. L'interprétation de M. Debove me paraît très juste.

M. Rendu attache une grande importance dans le mécanisme de ces hémorrhagies aux lésions péritonéales péri-gastriques ou péri-hépatiques. On peut expliquer par un mécanisme analogue toutes les hémorrhagies de la muqueuse intestinale, y compris celles de la fièvre typhoïde.

M. Fernet. — A propos d'un nouveau cas de *pleurésie purulente traité par les injections intra-pleurales*, revient sur les objections qui ont été faites à cette méthode de traitement dans la discussion générale de la dernière session. Tout en tenant compte des bons résultats et des indications de la thoracotomie, la ponction suivie d'injection lui semble préférable dans les pleurésies circonscrites dues au pneumocoque ou au bacille tuberculeux, dans les pleurésies diaphragmatiques, médiastines, interlobaires et dans certaines pleurésies partielles à foyer profond. Il y a deux modes d'application des injections intra-pleurales antiseptiques : les injections répétées dans le foyer infectieux sans évacuation de liquide, les injections précédées d'une ponction évacuatrice et d'un lavage de la plèvre. Le premier est plutôt palliatif, le second est curatif. Pour les lavages, les antiseptiques solubles sont préférables; pour l'injection laissée à demeure, les antiseptiques insolubles (naphtol, créoline) doivent être choisis.

M. Variot présente des corps d'enfants conservés par des procédés galvanoplastiques et fait part de ses recherches sur ce mode de momification. L.-R. Regnier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 22 octobre 1890. — Présidence de M. Nicaise.

M. le Président annonce le décès de M. le Dr G. Monod, ancien président de la Société, lit le discours qu'il a prononcé sur sa tombe au nom de la Société, et lève la séance en signe de deuil (1). M. B.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 22 octobre 1890. — Présidence de M. Labbé.

M. Fernet dépose sur le bureau une note sur un cas de *thoracotomie précoce dans la pleurésie purulente*.

La discussion continue à propos de la périodicité des séances et de plusieurs mesures à prendre sur le règlement intérieur de la Société. A. R.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 22 octobre 1890. — Présidence de M. le Dr Lagneau

M. Livache montre les *variations de composition de l'eau distribuée à Paris*. — Bien que les ingénieurs aient prétendu que le 7e arrondissement ne recevait jamais d'eau de Marne, les analyses prouvent le contraire. Du 24 juillet au 31 juillet, le titre hydrothymétrique de l'eau était 22°,2, rue de Grenelle. Le laboratoire de Montsouris disait 20°,04. Du 1er au 9 août, rue de Grenelle 20°,1, à Montsouris 20°,5. Du 9 au 30 août, rue de Grenelle 21, à Montsouris 20°,3. Du 1er au 6 septembre, rue de Grenelle 21°,5, à Montsouris 20°,06. Du 7 septembre au 18 octobre, rue de Grenelle 20°,3. Ces différents chiffres indiquent d'une façon très nette qu'il y a eu des mélanges d'eau à Paris.

M. Letulle. — *De l'isolement des maladies infectieuses*. — Il existe, à l'hôpital Saint-Antoine, un service d'isolement pour la scarlatine, la rougeole et l'érysipèle. Ce service est déplorable : ces trois pavillons séparés, en théorie, n'en forment plus qu'un, en pratique : ce n'est plus qu'une seule salle dans laquelle, par suite de l'encombrement, sont placés, les uns à côté des autres, scarlatineux, rubéoleux, érysipélateux, adultes et enfants. Cet encombrement donne lieu à une mortalité effrayante ; la contagion y est grande, et des enfants entrés avec une rougeole légère y sont morts de scarlatine. On ne peut, cependant, que féliciter l'administration des perfectionnements et des améliorations qu'elle tente d'apporter à cet état déplorable et le personnel de surveillantes et d'infirmières qui, par les précautions qu'il prend et les soins intelgents dont il entoure les malades, essaye de remédier le plus possible à cette lamentable situation.

M. Napias. — Puisque les baraques sont d'un prix trop élevé et demandent un temps trop long pour être mises en place, pourquoi, même en hiver, l'administration n'élèverait-elle pas, en temps d'encombrement et d'épidémie, des tentes. Les tentes, même pour les rubéoleux, seraient préférables à cette promiscuité de rubéoleux et d'érysipélateux.

M. Martin. — Les tentes, même en hiver, n'auraient aucun inconvénient. Il semble que l'assistance publique demande un temps bien long pour élever des baraques.

M. Schneider. — Dans l'armée, les soldats ne mettent que trois heures pour élever ces baraques, et non pas 5 semaines comme à l'Assistance publique.

M. Martin lit, au nom de M. de Valcourt, une communication relative *aux mesures sanitaires adoptées à l'étranger et en France pour combattre les maladies transmissib les* (1).

M. Thomas, à ce propos, vient donner les résultats qu'il a pu obtenir dans son arrondissement, par rapport aux *désinfections*. En un an, il a pu faire 600 désinfections après maladie; au début, les locataires s'opposaient aux désinfections des appartements ou des hardes, mais depuis quelques mois on trouve moins de refus.

M. Martin cite des cas nombreux dans lesquels on a desinfecté, après une maladie contagieuse, les vêtements et matelas, sans s'occuper de l'appartement.

M. Pinard. — La désinfection est difficile à pratiquer, parce qu'il arrive trop souvent que les particuliers s'y refusent; dans un cas récent, 5 enfants ont eu la diphthérie dans le même appartement, sans que le père ait voulu permettre qu'on désinfectât; deux des enfants sont morts. Finalement, le père a envoyé son mobilier à l'Hôtel des Ventes, et ce mobilier n'a pas été désinfecté. Il faudrait une loi qui permit au médecin ou à l'administration de faire désinfecter : le corps médical ne peut rien faire actuellement.

MM. Deschamps, Josias, Leroy Desbarres, Monod, Napias prennent part à la discussion, et citent des faits analogues.

M. Bouloumié cite le fait d'un médecin qui est poursuivi devant les tribunaux dans les conditions suivantes : un enfant a la scarlatine dans une maison aux environs de Paris : après le départ du locataire, le médecin prévient le propriétaire du danger que peut faire courir sa maison, et de la nécessité de la désinfecter. Le locataire prétend que le médecin a violé le secret médical en avertissant le propriétaire et commence des poursuites. M. Bouloumié désirerait savoir si le médecin a eu tort ou raison en agissant ainsi.

M. Napias demande que la Société ne réponde à cette question que dans une prochaine séance. Martha.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 17 octobre 1890. — Présidence de M. Polaillon.

M. Viguier. — *Du rétinol comme nouveau véhicule des médicaments dans les injections hypodermiques*. — M. Viguier attire l'attention sur le Rétinol, qui n'a pas d'action physiologique par lui-même, sinon d'être un peu antiseptique ou plutôt tout à fait aseptique. Il dissout très bien toutes les substances dérivant des séries aromatiques, facilite leur absorption et n'est pas douloureux. Avec lui, on est sûr qu'aucun cryptogame ne se développera dans les solutions, quelque anciennes qu'elles soient.

M. Fort. — *Rétrécissement de l'œsophage traité par l'électrolyse linéaire. Guérison*. — M. Fort présente à la Société de Médecine pratique une jeune fille guérie d'un rétrécissement cicatriciel, presque infranchissable, de l'œsophage, par son procédé d'électrolyse linéaire combiné à la dilatation. Une jeune fille, âgée de 19 ans, avait avalé par mégarde, le 29 avril 1889, une gorgée de potasse d'Amérique, liquide corrosif dont se servent les peintres pour nettoyer les peintures. « A la suite de cette absorption, m'écrit notre confrère, il s'est formé deux rétrécissements de l'œsophage, l'un à la partie supérieure et l'autre à douze centim. environ

(1) Voir plus loin l'article nécrologique consacré à la mémoire de M. G. Monod.

(1) Voir plus haut, *Ac. de méd.*, p. 301.

© ANM

au-dessous. Au mois de janvier, la malade a été atteinte d'influenza, et, depuis, le rétrécissement inférieur a été infranchissable. Jusqu'à ce moment, elle pouvait absorber des aliments liquides et solides, mais depuis l'obstruction est complète. Je supplée à ce défaut d'alimentation directe par des lavements nutritifs ; mais l'insuffisance de ce moyen ne tarderait pas à se manifester par une terminaison fatale. » Le jour où j'ai commencé le traitement, j'ai fait examiner la malade par M. Dujardin-Beaumetz, qui a constaté l'état déplorable de sa santé. Elle ne pesait que 85 livres, après avoir perdu 45 livres de son poids. C'était le 25 juin dernier. Etant donné la longueur du rétrécissement, qui avait sept centim. et la dureté de ses parois, j'ai dû procéder avec lenteur et douceur, et faire dix-sept applications d'électrolyse linéaire. Au bout de 7 semaines, j'ai pu introduire une bougie œsophagienne, dépassant en diamètre le n° 30 de la filière Charrière. La malade, aujourd'hui guérie, prend toutes sortes d'aliments, elle vit de la vie commune et jouit d'une parfaite santé. Elle a augmenté de 35 livres depuis le commencement du traitement. On conçoit que je maintienne les conclusions que j'ai déjà posées, lorsque j'ai fait une communication au dernier Congrès français de Chirurgie (communication portant sur 19 cas) ; et, au dernier Congrès international, celle-ci portant sur 49 cas. La conclusion principale était ainsi formulée : « Combinée à la dilatation, l'électrolyse linéaire donne d'excellents résultats dans le traitement des rétrécissements de l'œsophage. Elle améliore certainement les rétrécissements organiques, et elle guérit presque à coup sûr les rétrécissements cicatriciels, pourvu que ceux-ci se laissent traverser par une petite bougie destinée à guider l'électrolyseur. »

Dr G. Crouigneau.

REVUE D'OPHTALMOLOGIE

I. — **Manuel d'ophthalmologie** ; par L. de Wecker et Masselon. Lecrosnier et Babé. Paris, 1889.

II. — **Recherches expérimentales sur les microbes des conjonctives à l'état normal** ; par V. Gombert. Th. Montpellier, 1889.

III. — **Leçons pratiques de thérapeutique oculaire** ; par A. Trousseau, recueillies par L. Daguillon. Ollier Henry. Paris, 1889.

IV. — **Note sur l'emploi de l'électro-aimant en ophtalmologie** ; par Elleny Briggs. (*Occidental. med. Times*, août 1889).

V. — **Du décollement rétinien consécutif à certaines formes d'irido-choroïdite plastique et plus particulièrement du décollement purulent des tumeurs intra-oculaires** ; par Bauvillet. Ollier Henry. Th. Paris, 1889.

VI. — **Un cas de sarcome ossifiant de la choroïde** ; par A. Ducamp. (*Montpellier médical*, juin 1889).

VII. — **La sensibilité de la périphérie de la rétine à l'état normal et pathologique** ; par le Dr V. Baseir.

VIII. — **De l'extraction du cristallin luxé dans le corps vitré** ; par Ch. Guende. Steinheil. Th. Paris, 1889.

I. — Ce fort volume, de près de 1,000 pages, résume d'une façon très claire et très concise le grand ouvrage de de Wecker et Landolt. Tout en faisant une large part à la clinique et à la thérapeutique oculaire, les auteurs ont donné une importance considérable aux questions d'anatomie et d'histologie pathologique dont ils ont cherché à faciliter la compréhension par de nombreuses planches. Chaque chapitre est précédé d'un court aperçu d'anatomie normale. Cette partie de l'ouvrage n'est peut-être pas tout à fait au courant des derniers travaux français ou étrangers ; c'est là d'ailleurs la seule critique que l'on puisse adresser à MM. de Wecker et Masselon. Il est vrai que ces auteurs ont voulu faire de ce manuel un livre pratique à l'usage des étudiants et des praticiens, et à ce point de vue ils ont pleinement réussi.

II. — L'étude des microbes des conjonctives est de date récente. Sattler, le premier, en 1885, a isolé un certain nombre de microorganismes contenus à l'état normal dans le sac lacrymal ; mais c'est à Fick que l'on doit l'étude la plus complète sur cette question. D'autres auteurs, Gifford, Gallenga, Petresco, Kouchersky avaient fait également des recherches analogues. En France, il n'existait pas encore d'étude complète sur ce point de bactériologie, et la thèse de M. Gombert vient combler cette lacune, d'autant mieux qu'il ajoute aux résultats des bactériologistes qui l'ont précédé, ceux auxquels il est arrivé par ses recherches personnelles. Le nombre des microbes trouvés à la surface des conjonctives normales est très variable, mais d'une manière générale on peut dire qu'il est fort restreint. Dans certains cas même, les plaques ensemencées sont restées absolument stériles. L'irrigation continue de la conjonctive par les larmes a pour effet d'entraîner les microorganismes vers les fosses nasales. Pour l'auteur, jamais à l'état normal les microbes ne pourraient passer des fosses nasales dans la conjonctive. Les microbes de la conjonctive sont apportés par conséquent par l'air, par le contact des doigts ou des linges. Ce qui le prouve bien, ce sont les variations auxquelles ils sont sujets, suivant les individus et le milieu habité. C'est ainsi que sur des personnes fréquentant les hôpitaux, M. Gombert a toujours trouvé un nombre beaucoup plus considérable de microbes. Malgré les variations individuelles, il est un certain nombre de variétés de microbes qui se retrouvent dans presque tous les examens et que l'on peut considérer comme normaux. L'auteur a laissé de côté les microbes qui ne se rencontrent qu'accidentellement, car toutes les variétés peuvent rentrer dans cette classe. Nous nous bornerons à énumérer les différents microbes isolés par M. Gombert. Pour être utile, en effet, cet exposé demanderait pour chaque variété une description morphologique et biologique étendue, puisque la caractéristique d'un microbe n'est ni dans sa forme ni dans sa culture, mais dans l'ensemble de ses caractères. L'auteur décrit quatre variétés de Bacilles, désignés par les lettres D, G, δ, ε. ; deux Micrococci, β et μ candicans. Le Sarcina lutea et aurantiaca et le Streptothrix Foersteri. Ces diverses variétés ne sont nullement pathogènes. Il n'en est pas de même de 2 variétés de Micrococcus α et γ, et un Bacille ξ, dont l'inoculation sur la conjonctive ou la cornée du lapin détermine des phénomènes inflammatoires localisés, sans causer cependant de suppuration.

III. — M. Trousseau donne un exposé sommaire du traitement des affections oculaires et lacrymales, en laissant de côté tout ce qui touche au côté chirurgical de la question. Rédigées dans un style clair, ces leçons rendront un grand service aux praticiens qui veulent se tenir au courant de la thérapeutique oculaire actuelle.

IV. — Pendant ses huit années de pratique médicale, l'auteur a pratiqué 9 fois l'extraction de corps étrangers à l'aide de l'électro-aimant. Voici les conclusions de son travail : L'électro-aimant est préférable aux pinces pour l'extraction des fragments de fer ou d'acier de la chambre antérieure, de l'iris ou de la partie antérieure du cristallin. C'est le seul moyen d'extraction des fragments métalliques qui ont pénétré dans le corps vitré. Son emploi est absolument inoffensif si l'on pratique une asepsie rigoureuse.

V. — L'auteur s'est attaché à démontrer, par un certain nombre d'observations, que le décollement rétinien causé par une irido-choroïdite a été souvent regardé comme symptomatique d'une tumeur intra-oculaire, et que dans ces différents cas le diagnostic était effectivement impossible. Il conclut que, dans le doute, l'énucléation doit toujours être pratiquée.

VI. — Il s'agit, dans cette observation, d'un homme de 36 ans qui éprouva tout d'abord des phénomènes de choroïdite auxquels succédèrent la formation d'une saillie staphylomateuse à la partie supérieure de la cornée, des douleurs très vives et l'abolition complète de la vision du côté malade. Tous ces symptômes avaient évolué dans une période de 5 ans. L'énucléation faite, on constata qu'il s'agissait d'un mélano-sarcome ossifiant ayant détruit la rétine et le corps vitré. L'opération fut suivie d'une récidive de la tumeur au sommet de l'orbite.

VII. — L'auteur a repris et complété les intéressantes recherches de Förster, Auber, Landolt, Burckardt, Dobrowolski, etc..., sur l'étendue du champ visuel. Il a étudié non seulement la limite de perception des couleurs, mais aussi la sensibilité quantitative de la rétine. Il s'est servi du périmètre de Förster et est arrivé aux résultats suivants. Le vert étant des quatres

© ANM

couleurs examinées (vert, rouge, bleu, jaune) celle dont le champ visuel est le moins étendu, si on le prend comme unité, on trouve que le champ visuel du rouge correspond à 1,14, celui du jaune à 1,19 et enfin celui du bleu à 1,32. Mais il y a deux choses à considérer, l'impressionnabilité de la rétine pour la couleur, d'une part, et de l'autre l'étendue du champ de perception de la couleur. L'auteur a constaté que la rétine est également excitable dans toutes ses parties par la lumière blanche, excepté cependant dans la région centrale où la sensibilité est un peu plus faible. La sensibilité pour les couleurs est au contraire plus exquise au centre qu'à la périphérie. Le point le plus sensible pour la perception des couleurs correspond à la *fovea centralis*. Quant à l'intensité de la sensation produite par les différentes couleurs, ses résultats confirment ceux de Landolt et Chodin. Au centre de la rétine, c'est l'orangé qui est perçu avec la plus petite surface colorée ; puis vient le jaune et enfin le rouge. La surface colorée doit, pour impressionner la rétine, être plus grande si elle est appliquée sur fond blanc que sur fond noir. A la périphérie, les couleurs sombres mises sur fond blanc (violet, bleu, indigo) nécessitent une surface moins étendue pour être perçue ; contrairement aux couleurs claires (jaune, orangé). Lorsque le fond est noir, c'est l'inverse qui a lieu. L'auteur a trouvé, chez les hypermétropes, le champ visuel plus étendu que chez les emmétropes, ainsi qu'Uchakoff et Reich l'ont démontré. Le champ visuel du jaune et du vert est chez eux plus étendu par rapport à celui du rouge et du bleu. Chez les myopes, le champ visuel pour la lumière blanche est en général moins étendu que chez les emmétropes. Les couleurs claires sont moins bien perçues que les couleurs sombres. Dans le glaucôme, les névrites optiques et l'atrophie du nerf optique, il a constaté que l'intensité de la sensibilité chromatique diminuait toujours en même temps que le champ visuel.

VIII. — Dans sa thèse, M. Guende se fait le défenseur des idées de M. Despagnet sur le traitement des luxations postérieures du cristallin. Se basant sur l'inefficacité de toutes les méthodes de traitement médicales ou chirurgicales avant l'apparition des complications inflammatoires, l'auteur prouve par d'intéressantes observations que l'extraction du cristallin luxé doit être le seul traitement à employer. L'existence d'accidents inflammatoires n'est souvent même pas une contre-indication à l'opération. Celle-ci ne présente aucune difficulté si l'on suit le manuel opératoire préconisé par M. Despagnet. Ce procédé consiste à faire une iridectomie, puis, un mois après cette première intervention, à inciser largement la cornée dans son segment inférieur ; puis, à l'aide de la curette, à appliquer le cristallin à la face postérieure de la cornée et à le faire glisser jusque dans la plaie. M.

CORRESPONDANCE

Les mensonges des Hystériques.

Mon cher Maître,

Une erreur, causée par la détestable manie de mensonges qui tient certaines hystériques, s'est glissée dans une des deux observations que j'ai publiées dans le n° 42 du *Progrès médical*, à la suite de la leçon de M. Charcot sur l'*œdème bleu des hystériques*. Il s'agit de celle des deux sœurs qui était atteinte de coxalgie hystérique. La rectification que j'apporte à cette observation, suivant les indications qui m'ont été fournies par M. le Dr Tisné, médecin de l'hôpital Notre-Dame-de-Bon-Secours, porte sur deux points : 1° sur la nature du traumatisme qui a été l'agent provocateur de la maladie hystérique ; 2° sur les faits qui se sont passés pendant le séjour de la malade à l'hôpital Notre-Dame-de-Bon-Secours.

La malade nous avait parlé d'une ficelle tendue dans un escalier par un enfant et qui l'avait fait tomber dans cet escalier. Rien de tout cela n'est vrai. En réalité il s'agissait d'une scène de pugilat entre cette jeune fille, qui était domestique et sa maîtresse. Les coups que notre malade avait reçus et qui ne portaient nullement, ainsi qu'elle nous avait dit, sur la face, ont fait l'objet d'une enquête médico-légale, la domestique, ayant porté plainte contre la maîtresse. Ce mensonge se comprend encore à la rigueur. Mais ce qui est plus difficile à saisir, c'est la raison pour laquelle elle a accusé le médecin de l'hôpital de Notre-Dame-de-Bon-Secours d'avoir voulu lui désarticuler la cuisse pour sa coxalgie hystérique.

Voici en réalité, d'*après M. Tisné, médecin de l'hôpital de Notre-Dame-de-Bon-Secours*, ce qui s'est passé. Le diagnostic de coxalgie hystérique avait parfaitement été porté. La malade fut mise dans un appareil à extension continue, sans chloroforme, mais elle y resta bien moins longtemps qu'elle ne dit. Quant aux traces de vésicatoires et de pointes de feu qui se trouvaient au niveau du genou, elles résultaient du traitement dirigé pendant le séjour à l'hôpital contre une hydarthrose.

A côté du récit de la malade, qui m'avait induit en erreur, j'ai cru devoir consigner celui du médecin, qui m'a détrompé.

Georges GUINON.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de Chirurgie : par MM. S. DUPLAY et P. RECLUS. (Tome II, par MM. Lejars, Michaux, Quénu, Ricard, Poncet (de Lyon) : nerfs, artères, veines, os). — Masson, éditeur, Paris, 1890.

Le second volume du grand traité de chirurgie dont MM. Duplay et P. Reclus ont entrepris la publication est paru depuis plusieurs mois. Ce volume comprend l'étude des maladies des nerfs, des artères, des veines et des os. L'exécution typographique est toujours aussi soignée ; les figures sont toujours aussi bonnes et un grand nombre d'entre elles sont exécutées avec une réelle finesse. Il n'y a rien à dire à ce point de vue : c'est presque la perfection.

La partie qui a trait à la chirurgie des nerfs, due à la plume de M. Lejars, est une des plus soignées ; on y trouve des figures inédites très bien exécutées, des descriptions courtes et précises, en somme toutes les qualités qu'on peut exiger d'un traité de ce genre. Mais, nous le déclarons franchement, la partie qui nous a le plus intéressé, c'est celle qui se rapporte à la pathologie des veines. Ecrite par M. Quénu, qui connaît à fond cette question et qui a su la traiter d'une façon plus originale, elle nous paraît la plus au courant des travaux récents. C'est un chapitre qui a dû demander à M. Quénu de longues et pénibles recherches ; il en sera amplement dédommagé, car son travail restera de longtemps classique. L'article de M. Michaux sur les maladies des artères se recommande aussi par la clarté des descriptions ; l'auteur semble toutefois n'avoir pas fouillé la littérature moderne avec tout l'entrain désirable. Les lésions osseuses ont été rédigées par M. Ricard, élève de M. Verneuil, et M. Poncet, de l'Ecole de Lyon, dont la réputation est faite désormais au point de vue de la compétence en maladie des os. Nous ne saisissons pas très bien pourquoi, à l'exemple des anciens auteurs, M. Reclus a voulu que les fractures en particulier soient étudiées dans ce volume. Pourquoi, dès lors, M. Michaux n'a-t-il pas décrit les anévysmes en particulier dans le chapitre qu'il a traité ? Nous ne comprenons pas la nuance. Il nous a semblé en outre que cette manière de faire avait certains inconvénients. La partie bibliographique est peut-être un peu trop simplifiée dans cette fin d'ouvrage ; les auteurs, à l'exemple de quelques-uns de leurs collègues qui ont signé certains articles du premier volume, n'ont pas abusé de la littérature étrangère. Mais nous ne voulons pas insister sur ces petits détails qui n'ont qu'une importance secondaire, étant donné le but poursuivi, et félicitons à nouveau l'éditeur, les directeurs et les auteurs de cette belle publication. Marcel BAUDOUIN.

Congrès français de Chirurgie (1889) ; C. R. publiés par M. L. PICQUÉ, secrétaire général adjoint. — Alcan, 1890.

Les comptes rendus officiels des séances du dernier Congrès de Chirurgie viennent de paraître à la librairie Alcan. Ils sont publiés cette année par M. le Dr Picqué, secrétaire général adjoint, suppléant M. le Dr Pozzi. Nos lecteurs ont pu lire dans le *Progrès*, au moment où s'est tenu ce Congrès, le résumé de toutes les communications qui y ont été faites. Il les trouveront reproduites *in extenso* dans ce volume ; nous n'avons donc pas à y insister. On nous permettra cependant une remarque : les figures sont peu nombreuses dans ce volume. A quoi cela

© ANM

tient-il ? A ce que les auteurs n'en ont pas remis à l'éditeur ? Peut-être ! C'est même probable, puisqu'il semble qu'on soit disposé à faire les frais nécessaires. S'il en est ainsi, nous nous bornons à ajouter que, dans les publications étrangères du même genre, il y a d'habitude un plus grand nombre de planches qui facilitent la compréhension du texte. Il serait bon d'imiter nos voisins; et, si le volume du Congrès contenait un peu plus de dessins, les auteurs seraient les premiers à y gagner.

M. B.

Traité élémentaire des maladies des voies urinaires; par le Dr E. Desnos, ancien interne des hôpitaux.

Les progrès de la chirurgie moderne ont apporté à l'étude des maladies des voies urinaires des modifications telles que cette pathologie a été transformée; certaines parties en ont même été créées de toutes pièces. Mais les travaux, les mémoires parus sur ce sujet font l'objet de monographies éparses, ou bien sont analysées dans de gros volumes dont la lecture exige un temps fort long; jusqu'à présent ils n'avaient pas été condensés, résumés, présentés dans leur ensemble sous une forme claire et concise. M. Desnos vient de combler cette lacune en publiant un traité élémentaire des maladies des voies urinaires. Dans la préface qu'il a écrite pour cet ouvrage, le professeur Guyon l'apprécie en ces termes: « La pratique est le but de l'auteur dont le livre n'a pas d'autre objectif; mais elle a besoin de trop de lumières pour que l'exposé en soit réduit à des questions de technique opératoire ou de formules. Aussi tout ce qui permet d'établir le diagnostic, d'y trouver le guide et le frein toujours nécessaires à la sécurité et à la moralité de l'intervention, tout ce qui peut permettre de prévoir, de prévenir et de combattre ses inconvénients et ses dangers, est-il exposé aussi longuement qu'il était utile. » L'ouvrage embrasse l'ensemble de la pathologie des voies urinaires. Ce sont les théories, les méthodes de traitement de l'école de Necker qu'on y trouvera surtout exposées; mais les travaux les plus importants des auteurs français ou étrangers ont été mis à contribution et sont l'objet d'analyses toujours suffisamment étendues. Enfin, il est une partie qui présente un intérêt particulier d'actualité, c'est la chirurgie du rein : et, pour chaque chapitre, le lecteur trouvera un résumé de l'état actuel de la question et des derniers progrès réalisés, surtout en ce qui concerne la thérapeutique.

Paul Poirier.

CHRONIQUE HOSPITALIÈRE

L'Asepsie et l'Antisepsie à l'Hôpital Bichat. Service de Chirurgie de M. le Dr F. Terrier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris (*suite*); par Marcel Baudouin, ancien interne en chirurgie à l'hôpital Bichat (1).

II. — *Antisepsie nasale et auriculaire.*

1° *Antisepsie nasale.* — Les fosses nasales, comme la bouche, sont à l'état normal le réceptacle d'une grande quantité de germes et leur désinfection présente les plus grandes difficultés. Quoique l'on fasse, on n'est jamais certain de l'obtenir, alors même qu'elles sont normales; *a fortiori* quand elles sont le siège d'une lésion importante; mais l'antisepsie préalable de cette région si anfractueuse et d'un accès si difficile est encore plus malaisée quand la muqueuse est enflammée chroniquement et surtout produit en abondance des sécrétions mucopurulentes. Les microbes de la suppuration et les plus vulgaires y foisonnent par milliers et, malgré cela, comme pour toutes les cavités naturelles, les antiseptiques forts n'y sont pas de mise. C'est ainsi qu'on doit, en général, écarter l'acide phénique et même le sublimé. M. Terrier n'a recours qu'à la solution boriquée pour les fosses nasales.

On sait en outre que, dans tous les cas où il s'agit de muqueuses fort délicates, boursouflées, se congestionnant facilement, comme la muqueuse olfactive par exemple, il vaut mieux se servir de solutions dégourdies ou tièdes; pour le nez on les emploiera aussi chaudes qu'elles pourront être supportées.

Le *traitement préopératoire* consistera donc, dans les cas simples, en l'administration de douches nasales antiseptiques, répétées plusieurs fois par jour et faites comme d'ordinaire, c'est-à-dire autant que possible avec le siphon de Weber (1). Ce siphon sera pourvu d'une canule de verre à un gros bout cylindrique, qui ne servira qu'à un seul malade et ne pourra être utilisée pour un autre qu'après stérilisation complète. Dans l'intervalle des irrigations, on la laissera séjourner dans un bocal plein d'une solution de sublimé. Ce bocal sera placé sur la tablette du lit du malade. On emploiera la solution boriquée *chaude* et n'opérera que lorsqu'on sera convaincu que de nouvelles irrigations seraient inutiles, que l'on a obtenu le maximum d'antisepsie possible. Cela peut demander souvent une semaine, si la muqueuse pituitaire est malade depuis longtemps.

Quand l'infection est plus intense, on peut se risquer à employer, pendant quelques jours au moins, au début de la période de désinfection, la solution de sublimé à 1/2.000 ou au moins à 1/5.000; mais on surveillera avec le plus grand soin les gencives et, à la première menace, se bornera à l'acide borique. Si la suppuration nasale est extrêmement marquée (ozène), on pourra introduire dans le nez, pendant un ou deux jours avant l'opération, des tampons ou des petits bourdonnets de gaze iodoformée et procéder dans ce cas comme si l'on faisait un tamponnement modéré des fosses nasales pour arrêter une hémorrhagie (2).

Pendant l'opération, on pourra faire usage des antiseptiques ordinaires, surtout si l'on ouvre largement la cavité, comme dans une résection du maxillaire supérieur. Les instruments seront stérilisés comme s'il s'agissait d'une opération dans une région quelconque.

Le *pansement* sera toujours fait avec de la gaze iodoformée, car dans ce milieu, dont on n'est jamais bien sûr d'avoir obtenu la désinfection, il ne faut pas se borner à employer des substances aseptiques; elles pourraient souvent n'être pas suffisantes.

Les instruments qui servent à l'examen du nez (speculum, etc.) devront être stérilisés après avoir servi à un malade. Pour ce faire, on emploiera un artifice analogue à celui que nous avons décrit, quand nous avons parlé de l'antisepsie vaginale à la policlinique gynécologique.

2° *Antisepsie auriculaire.* — L'antisepsie du conduit auditif externe est aussi simple (3). Elle est de rigueur, comme celle des fosses nasales, dans tous les cas où le crâne peut être intéressé (fracture du crâne, fracture du rocher, etc.) et doit être faite d'une façon analogue. On la surveillera avec soin quand on opérera dans l'oreille ou même dans son voisinage.

La solution boriquée est encore le liquide préférable pour les irrigations *précédant une intervention*. Elles seront faites, ici aussi, avec une poire de caoutchouc placée sur le trajet d'un tube pourvu d'une canule de verre effilée. On prendra pour celle-ci les mêmes précautions que pour la canule du siphon de Weber, et on se gardera bien d'avoir recours aux seringues. De même que pour le nez et la bouche, on pourrait utiliser l'eau chloralée. M. Terrier, pour ne pas compliquer le service et multiplier les solutions, s'en tient à la solution boriquée qui est

(1) Voir *Progrès médical*, nos 5, 7, 9, 35, 37, 39, 40 et 42, 1890.

(1) On ne se servira pas de seringue.

(2) Faisons remarquer, en passant, qu'il faut toujours désormais faire ce tamponnement des fosses nasales avec des tampons de gaze iodoformée.

(3) Nous n'insistons pas sur celle du pavillon de l'oreille, qui rentre dans l'antisepsie cutanée.

© ANM

suffisante, en général. Dans les cas d'infection plus sérieuse, de suppuration ancienne de l'oreille, on répètera longtemps les lavages auriculaires avant d'intervenir et parfois on pourra recourir aux antiseptiques forts. Dans leur intervalle, on se trouvera bien de faire un petit tamponnement du conduit avec un peu de gaze d'iodoforme. On n'emploiera pas la poudre seule, car elle forme avec le pus, lorsquelle se dessèche, une sorte de mastic qui empêche le drainage du conduit.

Le *pansement*, là aussi, devra toujours être antiseptique et non aseptique. L'iodoforme est préférable à toutes les autres substances.

On prendra pour les instruments qui servent à l'examen des oreilles (spéculum (1), etc.), les mêmes précautions que les otologistes.

Mais ici on doit encore apporter une attention plus grande à ces manipulations, car on sait que faute d'avoir pris des précautions suffisantes, on a pu communiquer la syphilis, la tuberculose ou l'ozène à des sujets qui étaient indemnes. Tous les instruments devront être métalliques pour pouvoir être stérilisés, soit à l'étuve sèche, soit à la lampe à alcool, soit par l'ébullition prolongée (2).

C. — De l'antisepsie du tube digestif.

L'*antisepsie du tube digestif* est, sans consteste, une des plus difficiles à réaliser. Comme nous le montrerons bientôt en la comparant, en particulier, à l'ampoule rectale, la bouche, même à l'état normal, est peuplée d'une quantité innombrable de microbes, les uns inoffensifs, les autres dangereux. Et que dire de l'intestin? — La flore du tube digestif commence aujourd'hui, surtout depuis les travaux de MM. Rappin, Vignal, Miller, etc., etc., sur les microbes de la bouche, a être assez bien connue; mais que n'y a-t-il pas encore à trouver dans cette voie, surtout pour ce qui à trait à l'état pathologique !

Nous limitant à dessein à la chirurgie proprement dite, nous ne dirons rien de ce qui à trait à l'antisepsie *médicale* et même à l'*antisepsie dentaire*, car cette dernière sort trop de notre domaine. Pour être décrite d'une façon utile et pratique, elle exigerait d'ailleurs des développements dans lesquels nous ne pouvons entrer. Et pour prendre un exemple — artifice de description qui fixe souvent mieux l'attention du lecteur — nous supposerons qu'il s'agit plutôt d'une tumeur faisant saillie dans la cavité buccale, d'un néoplasme ulcéré, impossible à enlever sans mettre largement en communication l'entrée des voies digestives avec une vaste plaie, déchiquetée et anfractueuse, pouvant s'ouvrir elle-même dans les fosses nasales.

On ne sait pas encore exactement quels sont les micro-organismes qu'on a au préalable à combattre dans ces cas avant de prendre le bistouri; quels sont ceux qui prospèrent sur telle ou telle sorte d'ulcération, etc.; mais étant donné ce que l'on connait des habitants accoutumés de la salive à l'état normal, il est avéré qu'il s'y trouve des micro-organismes pathogènes. Pour le chirurgien, jusqu'à plus ample informé du moins, cela suffit largement. On doit donc, avant l'intervention sanglante qui va ouvrir des voies faciles à la pénétration de ces germes pathogènes, tenter de détruire tous ceux qui sont susceptibles de s'y précipiter et d'infecter non seulement les régions voisines, mais l'organisme tout entier. Si l'on n'y arrive pas complètement — ce qui est un fait presque constant pour la bouche et les fosses nasales en particulier, — on peut au moins considérablement gêner dans leur développement ces commensaux dangereux, atténuer en quelque sorte à l'avance leur action nocive et se placer dans les conditions les plus favorables que l'on connaisse aujourd'hui. Et, en modifiant de telle ou telle manière les procédés de la chirurgie générale aseptique avant de les mettre en pratique dans cette région, en les combinant surtout avec ceux qui ressortissent plus spécialement de l'antisepsie proprement dite, on peut aujourd'hui obtenir des résultats sur lesquels on ne pouvait compter il y a quelques années encore.

Certes, il y a déjà longtemps que, *pendant* les opérations sur le rectum et dans la bouche, on fait des irrigations antiseptiques. Il y a longtemps aussi que l'on pratique des lavages buccaux *après* les extirpations de maxillaire supérieur, de cancers de la langue, etc. Depuis des années déjà, nous voyons journellement employer dans ce but de l'acide borique, le chloral, l'eau de Vichy, le bicarbonate de soude, etc.; mais combien il y a-t-il, même aujourd'hui, de chirurgiens qui, avant d'enlever une langue épithéliomateuse, un rectum ulcéré, se condamnent à faire pendant des semaines, voire même des jours, avant l'intervention — avec le soin tout particulier que réclame l'état de quelques néoplasmes, — le *traitement antiseptique préopératoire* de la tumeur et de la région qu'elle envahit et infecte?

Jusqu'à ces temps derniers, ce traitement antiseptique préopératoire n'avait été érigé en méthode que pour la surface cutanée. On avait totalement oublié les surfaces muqueuses. On voulait bien consentir à « astiquer » — qu'on nous passe cette triviale expression — la peau du bonhomme avant de la pourfendre; mais on ne songeait guère à nettoyer les muqueuses avant d'y couper à plaisir. Les spécialistes, les premiers, en ont reconnu l'utilité: ils ont créé l'antisepsie génitale, l'antisepsie oculaire, nasale, auriculaire, préopératoires dont nous avons ébauché l'histoire; puis on a songé aux organes urinaires (Terrier, Guyon), etc. Mais, malgré les travaux de l'Ecole du Pr Bouchard, on n'a, dans le domaine chirurgical, utilisé les ressources de l'antisepsie préventive du tube digestif que tout récemment. C'est par l'extrémité inférieure de ce canal que l'on a commencé, quand on a voulu tenter chez nous les résections rectales; il importe désormais de continuer à travailler dans cette voie. C'est pour cela qu'il est utile, dès aujourd'hui, de résumer ce que l'on sait sur l'*antisepsie bucco-pharyngée*, l'*antisepsie intestinale proprement dite et l'antisepsie rectale*.

(*A suivre*).

(1) Ceci s'applique aussi aux instruments nécessaires pour l'exploration de la trompe d'Eustache.

(2) L'*Antisepsie des voies respiratoires* proprement dites (larynx, trachée, bronches, etc.) serait aussi très bonne à obtenir quand on doit intervenir (ou même simplement donner le chloroforme), pour une lésion quelconque, chez les vieux catarrheux (emphysème, bronchite chronique, etc.), les tuberculeux pulmonaires; on éviterait ainsi bien des complications thoraciques (bronchites, broncho-pneumonies, etc.), chez des opérés de cures radicales de hernies, de laparotomies, etc. Malheureusement, on ne sait pas encore aujourd hui très bien comment il faut s'y prendre pour arriver à un tel résultat et désinfecter suffisamment, au préalable, les voies respiratoires.

Faculté de médecine de Paris. — *Hôpital de la Charité*. — Pendant le semestre d'hiver 1890-1891, M. le prof. Simon Duplay fera ses leçons de clinique chirurgicale les lundi et vendredi de chaque semaine, à 9 h. 1/2. Le mardi sera consacré à la gynécologie, le jeudi aux grandes opérations, le mercredi et le samedi à l'étude des malades. — M. le Dr Rochard, chef de clinique, fera tous les mercredis, à 10 heures, dans l'Amphithéâtre de la Clinique, des conférences sur l'examen méthodique des malades, suivies de démonstrations cliniques. — M. Cazin, chef du laboratoire, fera, les samedis, à 10 h. 1/2, dans le Laboratoire de la Clinique chirurgicale, les démonstrations des pièces d'anatomie pathologique pouvant intéresser l'enseignement. — M. le prof. Simon Duplay commencera ses leçons le lundi 17 novembre 1890, et, à partir de cette date, l'enseignement sera donné suivant l'ordre indiqué ci-dessus.

© ANM

VARIA

Faculté de médecine de Paris.

Année scolaire 1890-91 (semestre d'hiver).

Travaux pratiques (1re année). — Les travaux pratiques de *physique*, de *chimie* et d'*histoire naturelle* commenceront à partir du lundi 10 novembre 1890. Ils auront lieu, pendant le 1er semestre 1890-91, aux jours et heures ci-après désignés, à l'école pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine : 1° *physique :* lundi, mercredi, vendredi, de 4 à 6 heures du soir. — 2° *chimie :* mardi, jeudi, samedi, de 8 à 10 heures et demie du matin. — 3° *histoire naturelle :* lundi, mercredi, vendredi, de 9 à 11 heures du matin. (Pour les travaux pratiques d'histoire naturelle, deux séries d'exercices seront organisées). Des lettres de convocation seront adressées au domicile de MM. les étudiants.

Travaux pratiques d'histologie (1re année) sous la direction de M. Rémy, agrégé, chef des travaux. — Les travaux pratiques d'histologie sont *obligatoires pendant le semestre d'hiver, pour tous les étudiants de première année.* Ils auront lieu les mardi, jeudi et samedi, de 2 h. 1/2 à 4 heures, au laboratoire des travaux pratiques d'histologie (école pratique) à partir du samedi 15 novembre 1890. Des lettres de convocation seront adressées au domicile de MM. les étudiants.

Travaux pratiques d'anatomie pathologique, sous la direction de M. le Dr Brault, chef des travaux. — Les travaux pratiques d'anatomie pathologique commenceront le lundi 3 novembre 1890. MM. les Etudiants pourvus de 12 inscriptions régulières (la 12e ayant été prise en juillet 1890), sont priés de se faire inscrire, pour lesdits travaux, au secrétariat de la Faculté (guichet n° 2), tous les jours, à partir du lundi 13 octobre 1890, jusqu'au samedi 29 novembre inclus, et de midi à 3 heures. — Ils peuvent demander leur inscription par écrit. Des lettres de convocation leur seront adressées à domicile. 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.

Concours pour le Clinicat chirurgical. — Un concours pour un emploi vacant de chef titulaire de clinique chirurgicale s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 17 novembre 1890, à 9 heures du matin. — *Conditions du concours :* Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 1), avant le 10 novembre 1890. (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours de midi à trois heures). Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur. Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de 38 ans au jour d'ouverture du concours. Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin ou de chirurgien des hôpitaux, de prosecteur ou d'aide d'anatomie. Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

Exercices de dissection, sous la direction de M. P. Poirier, agrégé, chef des Travaux anatomiques. — *Ostéologie* : Les Elèves de seconde année doivent, avant d'être admis à disséquer, subir l'examen préalable d'ostéologie. Ils sont invités à se faire inscrire dans le plus bref délai au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 2), de midi à 3 heures. Les démonstrations d'Ostéologie commenceront le lundi 20 octobre. — II. *Dissection :* Les pavillons de dissection seront ouverts à partir du lundi 10 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 Etudiants de 1re année ne prennent point part aux travaux anatomiques. *b*) Les exercices de dissection sont obligatoires pour tous les étudiants de 2e et de 3e années : les inscriptions ne leur sont point accordées sans certificat de dissection, et ils ne peuvent être admis à subir le 2e examen de doctorat (Anatomie) s'ils n'ont 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 série sera faite dans l'ordre suivant : 1° Elèves obligés, 2e et 3e années (suivant la date de la prise de l'inscription trimestrielle (5e ou 9e). 2° Elèves non obligés et docteurs. Les lettres de convocation seront adressées au domicile des élèves.

Faculté de médecine de Nancy.

Concours pour une place de chef de clinique médicale et une place de chef de clinique ophtalmologique. — En exécution de l'arrêté ministériel du 15 mai 1852, des Concours s'ouvriront à la Faculté de médecine de Nancy : 1° le vendredi 19 décembre 1890, à 8 heures du matin, pour la place de chef de clinique médicale ; 2° le lundi 22 décembre 1890, à 8 heures du matin, pour la place de chef de clinique ophtalmologique. La durée des fonctions est de trois ans et le traitement annuel est de 1,200 francs pour la clinique médicale, et de 1,000 francs pour la clinique ophtalmologique.

Sont admis à concourir : les Docteurs en médecine, français, non pourvus du titre d'agrégé, et les Etudiants en médecine ayant soutenu leurs cinq examens de doctorat, à la condition qu'ils soient docteurs dans les six mois. La place de chef de clinique est incompatible avec celles de chef des travaux, de préparateur et d'aide dans les différents laboratoires.

Les épreuves sont au nombre de trois : 1° une composition écrite sur un sujet de pathologie, avec les considérations d'anatomie et de physiologie qui s'y rapportent ; cinq heures sont accordées pour la rédaction ; 2° une leçon clinique, d'une durée d'une demi-heure au plus, sur deux malades appartenant à la spécialité, après un examen de quinze minutes pour chacun des malades ; 3° une épreuve pratique d'anatomie et d'histologie pathologique pour la clinique médicale, et une épreuve pratique de médecine opératoire pour la clinique ophtalmologique. La durée de cette épreuve sera fixé par le jury.

Les candidats devront se faire inscrire au Secrétariat de la Faculté de médecine avant le lundi 15 décembre 1890, à 4 heures. Ils auront à produire leur acte de naissance dûment légalisé, leur diplôme de docteur en médecine ou un certificat constatant qu'ils ont soutenu les cinq examens pour le doctorat.

Ecole principale du service de santé de la marine.

Les aménagements intérieurs de l'Ecole du service de santé de la marine sont presque terminés. L'Ecole a été visitée récemment par M. Liard, directeur de l'enseignement supérieur au Ministère de l'instruction publique, accompagné de M. le recteur Ouvré et de M. Baysselance, maire de la ville de Bordeaux. Les nouveaux élèves vont être très largement et très commodément installés. Les locaux affectés à l'Ecole sont entourés de jardins plantés de grands arbres ; tout sera prêt à la rentrée, au 1er novembre.

M. Liard a visité les bâtiments actuellement affectés aux services des sciences physiques, chimiques, naturelles et pharmaceutiques ; la nouvelle Faculté et ses laboratoires ont été examinés avec la plus grande attention, et on a pu s'assurer que les installations ne laissent rien à désirer au point de vue des locaux.

L'ancien hôpital des vieillards a été visité ainsi que les terrains avoisinant la Faculté. Le transfert des services physiques et naturels s'impose à bref délai. M. Liard est venu obtenir de la ville l'engagement ferme de procéder au plus tôt à l'installation définitive de cette partie annexe de la Faculté de médecine de Bordeaux. Au moment où l'Etat va prendre en charge la Faculté de médecine de Bordeaux, il était nécessaire d'obtenir à nouveau de la ville la promesse qu'elle exécuterait à bref délai les charges qu'elle s'était imposée. Il est fâcheux qu'on ait attendu douze ans pour songer à modifier les installations provisoires.

Les locaux de Saint-Raphaël sont indispensables à l'hôpital et, d'un autre côté, il importe que les services annexes de la Faculté soient rapprochés le plus possible de l'établissement principal. Le nouveau jardin botanique a été aussi visité par M. Liard. Si le proverbe italien *que va piano va sano* est vrai, nous aurons plus tard un établissement modèle. Les constructions sont terminées, les allées tracées : on prépare les terres pour semer et planter. (*Gaz. Hebd. des sc. m. de Bordeaux*).

Exécution par l'Electricité.

On se rappelle qu'il y a quelques semaines les journaux politiques étaient pleins de récriminations dirigées contre les médecins qui avaient assisté aux Etats-Unis à une exécution par l'électricité. Voici la vérité sur cette expérience qui, en somme, a été moins dramatique qu'on s'est plu — à dessein d'ailleurs — à le dire.

Le rapport officiel sur l'exécution de Kemmler par l'électricité a été remis au gouverneur de l'Etat de New-York par le Dr Mac Donald et vient d'être publié. Il est très volumineux et relate avec soin les incidents de l'exécution. M. le Dr Mac Donald affirme que la mort de Kemmler *a été instantanée*, et que le corps du supplicié n'a laissé apparaître aucune sensation entre la première et la deuxième secousse. Il conclut que la loi, qui exige une mort subite et sans souffrances, a été strictement observée. Il ajoute qu'il ne s'est écoulé que huit minutes entre la mort et le moment où Kemmler a été amené au supplice, tandis qu'on en avait prévu de vingt à trente. Toutefois, il indique quelques améliorations, notamment en prévision du cas où le condamné opposerait quelque résistance.

Ce rapport aura probablement pour résultat de maintenir dans l'Etat de New-York l'exécution des condamnés par l'électricité. On se rappelle que notre bien regretté camarade Paul Loye a combattu dans ce journal ce mode d'exécution. Nous renvoyons nos lecteurs à ses intéressants articles et à sa thèse sur la *Décapitation*.

M. B.

© ANM

Impôt sur les spécialités pharmaceutiques.

Dans son numéro du 22 octobre dernier, le *Mercredi médical*, dont le rédacteur en chef est M. le Dr A. Broca, chirurgien des hôpitaux, fait les réflexions suivantes :

« C'est évidemment un impôt qu'on peut discuter. Mais on ne songe pas à frapper d'un impôt spécial les diverses marques industrielles, par exemple les innombrables chocolats, cacaos, etc., dont cependant on « préconise la supériorité par voie d'annonce, de prospectus ou d'étiquette. » Or qu'est une spécialité pharmaceutique, sinon une spécialité industrielle? Il y a donc dans cet impôt quelque chose d'injuste. »

M. le Dr A. Dechambre a publié dans le numéro du 19 juin 1874 de la *Gazette hebdomadaire*, un très intéressant article, dont nous extrayons les passages suivants :

« On ne peut nier que les spécialités pharmaceutiques ne constituent pour la plupart de bonnes préparations. Les médecins le reconnaissent d'ailleurs en en faisant un usage continuel ; la loi elle-même l'a senti, comme il appert des diverses tentatives qu'elle a faites en 1810 et en 1850 pour leur ouvrir les portes de la pratique médicale.

« Il nous vient des doutes sérieux sur les effets définitifs d'un pareil impôt ; nous avons même quelque crainte d'un résultat analogue à celui qu'a produit le célèbre impôt sur les matières premières, c'est-à-dire une diminution du rendement. Les trois substances qu'on emploie le plus en pharmacie sont déjà très chargées : Les aromates ont été surtaxés ; Les sucres plus surtaxés que les aromates ; L'alcool plus surtaxé que le sucre ; ce qui a élevé, dans une proportion très forte, les frais de fabrication de beaucoup de produits importants.

« Dans quelle mesure la consommation des spécialités et par suite celle des substances qu'on peut appeler leurs matières premières sera-t-elle affectée par un nouvel impôt de . . . . . .

« Si la consommation des spécialités diminuait fortement en France, il faudrait examiner d'abord quel pourrait être le déchet sur l'impôt concernant les aromates, le sucre, l'alcool et quelques autres substances ; puis de combien pourrait baisser le produit de la taxe nouvelle, qui se trouverait peut-être avoir pour base non plus la somme de *x*. . . . . , mais celle de *y*. . . . . Enfin, combien la fortune publique pourrait perdre sur les x millions environ que les spécialités pharmaceutiques exportées à l'étranger font entrer en France chaque année.

« Il nous semble qu'on trouverait aisément dans d'autres objets de consommation, moins indispensables et plus agréables que des préparations pharmaceutiques (le vin de Champagne, le Château-Margaux, etc.), la matière d'un impôt. »

M. le Pr Jeaunel, pharmacien inspecteur et membre du Conseil de santé de l'armée, apprécie ainsi les spécialités pharmaceutiques :

« Les spécialités, dit-il, ne sont pas des remèdes secrets ; ce sont, en général, des médicaments dont les formules sont publiées et dont certains pharmaciens s'efforcent de monopoliser la vente par les *mérites d'une préparation perfectionnée, irréprochable et élégante*, et par la séduction des annonces et des réclames. Elles se justifient par l'émulation du bien et du mieux, lorsque les pharmaciens qui les produisent les recommandent aux médecins qui sont les seuls compétents en matière de thérapeutique. Voilà ce qui est accepté, tout le monde paraît d'accord sur ce sujet. C'est même ce qui explique l'insertion des annonces pharmaceutiques dans les journaux de médecine (1). »

M. le Dr E. Besnier, médecin des hôpitaux, formule ainsi son opinion sur l'emploi des spécialités :

« Qui voudrait un seul instant dissimuler les mécomptes sans nombre auxquels s'expose le médecin au cœur léger, qui formule à tout hasard, sans se préoccuper de la suite de l'aventure ; et quel est celui qui, dans les cas douteux auxquels je fais allusion, ne conseillera pas, de préférence à une préparation tout à fait incertaine, une de ces spécialités pharmaceutiques véritablement excellentes, comme il en existe plusieurs aujourd'hui?

« Combien de fois, même dans nos hôpitaux, n'ai-je pas hautement regretté de n'avoir pas à ma disposition quelques-unes de ces bonnes et honnêtes, de ces fidèles préparations spéciales!

« Qui voudra, d'une autre part, ne pas reconnaître l'avantage considérable que réalisent, pour le malade, les formes médicamenteuses granulées, pour une foule de substances nauséabondes ou toxiques? Ces avantages sont si nombreux, si connus, si appréciés, qu'il est tout à fait superflu de les exposer ici en détail (1). »

Nous continuerons, s'il y a lieu, l'exposé des opinions des médecins et des journaux de médecine.

(1) *Union médicale*, du 5 décembre 1874, et *Répertoire de pharmacie*, 1875, p. 19.

Conséquences économiques du projet d'impôt sur les spécialités pharmaceutiques.

Le *Gaulois* vient de publier la nouvelle suivante :

« La *Epoca*, journal de Madrid, conseillait récemment au ministre des finances d'Espagne de suivre l'exemple de la France et d'augmenter les droits actuels sur l'introduction en Espagne des produits pharmaceutiques venant de France. »

Voilà une des conséquences du projet. Taxées à l'intérieur, taxées à l'extérieur, les spécialités pharmaceutiques auront de la chance si elles survivent. Ce n'est pas d'ailleurs le seul coup qu'elles auront à supporter : il est évident que l'Allemagne va en profiter pour inonder les autres pays de ses produits qui, jusqu'ici, n'ont pu l'emporter sur les produits français, car « en raison de leurs bonnes qualités et de leurs formes élégantes, au dire de M. le Pr Gavarret, les spécialités d'origine française sont très recherchées à l'étranger (2). »

Le Choléra.

Pendant la huitaine finissant le 17 octobre, le nombre des navires venant d'Espagne et entrés dans les ports français s'est élevé à 84, dont 55 dans les ports de la Méditerranée et 29 dans ceux de l'Océan. Nombre des marins, 1,312 ; des passagers, 40 ; des opérations de désinfection, 86. Le nombre des voyageurs ayant pénétré par voie de fer ou de terre a été de 4,706, dont 2,491 par la gare d'Hendaye et 742 par la gare de Cerbère. Les effets de ces voyageurs ont donné lieu à 241 opérations de désinfection. Plusieurs jugements condamnent des personnes venues d'Espagne et n'ayant pas fait la déclaration prescrite par le décret du 2 juillet 1890. Un individu a été condamné à trois jours de prison pour avoir déclaré qu'il se rendait dans une localité et s'être rendu dans une autre sans avoir prévenu le maire de cette dernière. Il n'y a eu aucun cas de choléra signalé en France.

Les Mesures d'hygiène en Danemark. — Par suite de l'épidémie de choléra qui sévit en Syrie et de l'épidémie de variole qui règne à Lisbonne, le gouvernement danois a imposé une quarantaine aux personnes et aux marchandises qui viennent de ces deux pays. Il a interdit en outre l'importation des fruits et des légumes d'Espagne.

Choléra en Mésopotamie. — Pendant les journées des 12 et 13 octobre, il y a eu, à Alep, 63 attaques et 61 décès. Pendant celles des 14 et 15, 70 cas et 65 décès. Presque toute la surface du vilayet est déjà cantonnée. Le choléra s'est montré à Hama, situé au sud d'Alep, sur la route d'Alep à Damas. Cette nouvelle effusion doit faire redouter l'invasion de Beyrouth. La Méditerranée serait alors envahie.

Le choléra, depuis qu'il s'est montré à Bagdad, a suivi la route des caravanes en remontant le Tigre, c'est-à-dire qu'il s'est montré successivement à Mossoul, Diarbekir, Alep et aujourd'hui Hama. La crainte, c'est l'envahissement de la Syrie et particulièrement des deux villes importantes de Damas et de Beyrouth. Les caravanes, envisagées au point de vue de l'extension ou de l'extinction du choléra, peuvent être divisées en deux classes : les unes remontent ou descendent le long du cours des fleuves, s'arrêtent dans les différentes villes et villages et sont des moyens d'extension ; les autres, au contraire, qui traversent le désert pendant plusieurs semaines, quelquefois même pendant deux mois, comme la caravane de la Mecque à Damas, et surtout comme la

(1) Lettre du Dr Ernest Besnier, 16 août 1879 ; in *Gazette hebdomadaire* du 22 août 1879.

(2) *Recueil des travaux du Comité d'hygiène publique*, 1876, t. V, p. 155.

© ANM

caravane de la Mecque à Bagdad, sont, au contraire, des procédés d'extinction de la maladie.

Choléra dans la mer Rouge.— L'épidémie peut être considérée comme terminée à Djeddah. Le docteur Vaume a déjà commencé une première désinfection des maisons de la ville où avaient séjourné les pèlerins, des cimetières et des mosquées.

Les nouvelles de l'Assyr sont mauvaises. On dit que, depuis deux mois, il existe une maladie qui a emporté plus de 10.000 personnes. On ne dit pas la nature de cette maladie, mais comme son apparition concorde avec le retour des pèlerins, il est probable que c'est le choléra.

Une dépêche de Djebel-Tor, du 4 octobre, annonce qu'il n'y a pas eu de nouveaux cas depuis le 1er octobre, ni parmi les pèlerins, ni parmi les soldats du cordon. En Egypte, la santé publique continue à être satisfaisante. Le bruit a couru avec quelque persistance que le choléra avait éclaté à Alexandrie. Heureusement, rien n'est venu confirmer cette nouvelle. Rien à Suez.

Choléra en Chine. — L'état sanitaire de Shanghaï, pendant le mois d'août, a laissé beaucoup à désirer. Plusieurs centaines de Chinois sont morts d'affections cholériformes ; mais on n'a relevé que trois ou quatre décès d'Européens.

Choléra en Espagne. — L'épidémie est entrée dans la période de décroissance ; néanmoins, à Barcelone, elle semble stationnaire, car chaque jour de nouveaux cas y sont constatés. A Valence, en quatre mois se terminant le 13 octobre, il y a eu 1,028 cas et 587 décès. On a constaté, le 18 octobre dernier, dans les provinces d'Albacète, de Castellon, de Cuenca, de Tarragone, de Tolède et de Valence, 15 cas de choléra et 13 décès. Le 21 octobre, dans les provinces ci-dessus, il y a eu 8 cas et 6 décès ; le 20, il y avait eu 15 cas et 5 décès ; le 22 octobre, 17 cas et 4 décès ; le 23, 9 cas et 4 décès. En somme, le choléra y diminue d'une façon très sensible.

Laïcisation de l'Assistance publique : Dépenses.

Nous avons eu autrefois l'occasion, à propos d'une polémique avec M. le professeur L. Le Fort, de montrer que la laïcisation de l'hôpital Necker n'avait entraîné qu'une très minime augmentation de dépenses (1). Les discussions soulevées récemment dans la presse nous ont engagé à examiner également quelles étaient les conséquences financières de la laïcisation de l'hôpital de la Pitié. Dans ce but, nous servant des documents budgétaires que M. Oudot avait eu l'obligeance de rassembler pour nous, nous avons établi le tableau comparatif suivant du personnel secondaire en 1879 et en 1889, avec les dépenses correspondantes.

	Année 1879.			Année 1889.		
GRADES.	Nombre de personnes.	MONTANT EN ARGENT.	OBSERVATIONS.	GRADES.	Nombre de personnes.	MONTANT EN ARGENT.	OBSERVATIONS.
Aumôniers	2	3.800 »	l'un à 2.000, l'autre 1.800.	Aumônier	1	600 »	Indemnité au curé de St-Médard.
Sœurs	24	4.800 »	à 200.	Surveillants de 2e classe	12	7.700 »	à 700 (le concierge et sa femme ne touchent qu'un traitt.).
S./employés de 1re cl., 2e sect.	4	1.530 »	à 510 (le concierge et sa femme ne touchent qu'un traitt.).	S./Surveillants —	18	9.000 »	à 500.
Serviteurs 1er — 2e —	4	1.320 »	à 330.	Suppléants —	10	4.000 »	à 400.
— 1re — 2e —	11	3.300 »	à 300.	1ers Infirmiers. —	11	3.960 »	à 360.
— 2e — 1re —	26	7.020 »	à 270.	Infirmiers de 1re classe.	23	7.590 »	à 330.
— 2e — 2e —	33	7.920 »	à 240.	Infirmiers de 2e —	63	18.900 »	à 300.
— 2e — 3e —	25	4.500 »	à 180.	Nourrices	2	720 »	à 360.
	129	52 470 »			140	52.470 »	

Deux services ont été créés depuis 1879 :

1° Le service d'accouchement qui comprend 8 personnes (1 sous-surveillante, 1 garçon, 4 infirmiers, 2 nourrices). 8

2° Le service d'ovariotomie qui comprend 4 personnes (2 suppléantes, 2 infirmiers) 4

D'un autre côté, le service de veille qui n'était tenu que par une sœur, est fait aujourd'hui par 3 suppléantes, soit une augmentation de 2 personnes. 2

Au total une augmentation de . . . . 14 *personnes* pour *services nouveaux*, donc une diminution de trois personnes sur le chiffre de 1879 qui était de 129.

Les services créés depuis 1879 représentent une dépense en argent de . . . . . 4.920 fr.

Les augmentations de traitement accordées au personnel depuis 1879 se chiffrent par . . . . . 9.320 fr.

soit une augmentation de . . . . . 14.150 fr.

mais ces augmentations, qui concernent les infirmiers et les infirmières, se seraient également produites avec les religieuses et n'ont rien à faire avec la laïcisation. Ils tiennent, en effet, à l'élévation du salaire mensuel minimum des infirmiers et des infirmières, qu'on a tant reproché au Conseil municipal et à nous, salaire qui a été porté de 17 fr. 50 au maximum à 25 fr. au minimum et dont bénéficient également les infirmiers et les infirmières des hôpitaux encore confiés aux religieuses.

En comparant les chiffres de 1879 . . . . . 34.190 fr.
plus l'augmentation ci-dessus . . . . . 14.150 fr.

48.340 fr.

nous trouvons, pour 1889, une différence en plus de 4.130 fr. qui représente exactement le total de la dépense en argent nécessitée par la laïcisation de l'hôpital de la Pitié.

Nous aurons l'occasion bientôt de reproduire ici un passage du discours que nous avons prononcé cette année à la distribution des prix de l'Ecole de la Salpêtrière, relatif à l'ensemble des dépenses. La démonstration sera complète.

(1) Voir le N° des tirages annuels de nos Discours, page 169, Lettre à M. le professeur Le Fort, et *Progrès médical*, 2 juillet 1887, page 13.

Association générale des Etudiants de Paris.

(Fondée en 1884).

41 *et* 43, *rue des Ecoles*, 41 *et* 43.

L'*Association générale des Etudiants de Paris* s'est donnée pour but d'établir entre les élèves des Facultés et Ecoles supérieures de Paris des liens d'amitié et de solidarité. Son *siège social*, ouvert tous les jours de 8 heures du matin à minuit, comprend : 41, rue des Ecoles, 1er étage, salles d'armes et d'hydrothérapie ; 2e étage, bibliothèques des sciences et de médecine, dictionnaires Jaccoud et Dechambre ; anatomies de Sappey, Testut, Gegenbauer, Richet, Tillaux ; ouvrages d'Armand Gautier, Gariel, Baillon, R. Blanchard, Cornil, Bouchard, Dujardin-Beaumetz, etc., bureau de l'administration ; 3e étage, bibliothèques de lettres, droit, histoire et géographie ; 4e étage, salles de conférences, bureau du Comité. 43, rue des Ecoles, 3 salons de lecture, fumoir, cabinet du bibliothécaire, réserve des bibliothèques. 8.000 volumes, 42 journaux quotidiens, 83 revues, dont 35 de médecine. Echantillons d'ostéologie, de myologie, d'entomologie, microscope, droguier, herbier à la disposition des membres. Conférences pour le concours de l'internat et de l'externat ; conférences pratiques d'accouchement par les Drs A. Boissard et G. Lepage, anciens internes des hôpitaux (ouverture le 10 novembre, à 5 h. soir). L'Association assure en outre à ses membres un grand nombre d'*avantages matériels* (réductions de moitié à l'Odéon et dans

© ANM

beaucoup d'autres théâtres; gymnastique, équitation, danse, canotage). Elle publie un *Bulletin mensuel* « *l'Université de Paris* », distribué gratuitement à ses seuls membres. A partir du 1er novembre, elle distribuera de même *les Fêtes de l'Université de Paris en* 1889, in-8° de 72 pages environ, orné de 9 gravures, en souvenir de l'hospitalité qu'elle a offerte l'an dernier pendant une semaine entière aux délégués de toutes les Universités du monde. L'Association compte 3.521 *membres actifs inscrits*, 547 *membres honoraires* (35 professeurs à la Faculté de médecine et un grand nombre de médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux). Son *budget* annuel est de 30.000 francs, ses capitaux placés en valeur atteignent 35.000 francs. L'*administration* appartient exclusivement à un *Comité* d'étudiants français et majeurs, nommés par les étudiants des différentes Ecoles (5 délégués pour la médecine, 3 internes, 2 externes des hôpitaux). La *section de médecine* a un budget particulier. Elle dirige un *service de remplacements*.

Pour faire partie de l'Association comme membre actif, il faut présenter sa carte d'étudiant, signer une adhésion contresignée par deux étudiants, et verser une cotisation annuelle de 10 francs, payable en 3 versements.

L'Association fait partie du programme nécessaire de l'étudiant qui vient se faire inscrire à l'Ecole de médecine. Elle fournit de bons instruments de travail, diminue les frais des étudiants qui ont des ressources modestes, facilite les amitiés par un contact quotidien et protège les nouveaux venus à Paris contre cet isolement des premiers jours, si décourageant pour le travail, et souvent de si mauvais conseil.

Laïques et Religieuses.

Lorsqu'un accident se produit dans un hôpital confié à des laïques, les journaux réactionnaires s'en emparent, sans tenir compte des circonstances, le grossissent et concluent que de tels accidents ne se produiraient pas si la surveillance appartenait aux religieuses. En revanche, ils passent sous silence les accidents du même genre, quand ils surviennent dans les hôpitaux où règnent les bonnes sœurs. Nous allons en citer deux exemples récents :

Sous ce titre : *Un suicide à l'Hôtel-Dieu*, le *Paris* du 1er octobre raconte qu'un vieillard de soixante-quatorze ans, François Bernard, atteint de la cataracte, était amené il y a trois jours à l'Hôtel-Dieu. Bernard était en proie au délire de la persécution ; persuadé qu'on le retenait dans une prison, il enjamba hier matin la terrasse et tomba dans le fossé qui borde les sous-sols. Dans sa chute il s'est brisé le crâne.

Or, l'Hôtel-Dieu, de Paris, est encore entre les mains des sœurs. C'est donc à elles qu'incombe la responsabilité de la mort de ce malade, en se plaçant sur le terrain des journaux réactionnaires. S'il s'agissait d'une surveillante laïque, elle aurait été réprimandée, punie. Qu'a-t-on fait à la religieuse? Rien.—Voici un autre fait rapporté par la *Lanterne* du 11 août:

Un enfant de 7 ans avait été admis à l'Hôtel-Dieu de Reims, pour une maladie nerveuse. Le chef de service ordonna des douches froides. La religieuse de la salle, comme beaucoup de ses congénères, se soucie fort peu de son service. Elle remet le petit malade entre les mains d'une bonne nouvellement arrivée, une Allemande, comprenant à peine quelques mots de français. Cette domestique, n'ayant pas reçu d'instruction spéciale pour le service des douches, se trompa et lança sur le petit garçon un jet d'eau bouillante. La petite victime a été horriblement brûlée et a survécu seulement trente-six heures à ses brûlures.

La sœur coupable, au lieu de prévenir immédiatement le chef de service, l'économe et la famille, n'a, au contraire, de concert avec la supérieure, averti personne. Vingt-quatre heures après l'accident, les parents du petit brûlé n'étaient pas prévenus.

Nous croyons que l'affaire n'en restera pas là. Il y a quelqu'un de responsable, d'abord la sœur qui aurait dû surveiller la bonne et qui a manqué à tous ses devoirs ; puis l'administration de l'hôpital qui, en prenant des domestiques étrangers, s'est exposée à des accidents du genre de celui qui vient de se produire. Le père de l'enfant va, paraît-il, intenter une action civile, mais ce n'est pas suffisant. Des poursuites correctionnelles sont nécessaires. Il faut un exemple qui empêche le retour d'accidents aussi déplorables.

Le Parquet, prévenu, a fait une descente à l'hôpital. La sœur de service et la supérieure ont été interrogées par le juge d'instruction et le procureur de la République.

La presse locale se plaignait depuis longtemps du recrutement du personnel domestique de l'Hôtel-Dieu. La plupart des bonnes et garçons se disaient Belges ou Luxembourgeois. En réalité, c'étaient des Allemands. On n'a tenu aucun compte des observations de nos confrères et on voit ce qui en est résulté.

La Patrie, qui abuse, comme toujours, de l'étrange naïveté de ses lecteurs, prétend qu'un pareil fait est un témoignage accablant contre la laïcisation des hôpitaux, l'infirmière coupable n'étant pas une religieuse. *La Patrie* ignore encore, paraît-il, que dans les hôpitaux dirigés par les religieuses, celles-ci font donner aux malades les soins domestiques par un personnel laïque, sous leurs ordres et sont, par conséquent, responsables des actes de ce personnel.

Qu'adviendra-t-il de l'intervention du Parquet? Une ordonnance de non-lieu probablement. Lorsqu'un accident analogue a eu lieu à la Salpêtrière, il y a quelques années, la baigneuse (laïque) a été arrêtée, poursuivie et condamnée, bien qu'elle eût de nombreuses années de service et d'excellentes notes. Une sous-surveillante de Tenon fut également condamnée à la prison, parce qu'une infirmière sous ses ordres, par mégarde, avait administré à un enfant un lavement avec une solution phéniquée ; mais, par contre, la religieuse de l'hôpital Saint-Louis, qui, peu après, occasionna la mort de deux malades auxquels elle avait donné une solution de teinture de noix vomique au lieu d'eau-de-vie allemande, ne fut nullement poursuivie.

Dans l'affaire de Reims, la religieuse et la supérieure sont d'autant plus coupables qu'elles n'ont pas signalé immédiatement le fait à l'administration et à la famille.

Nous croyons qu'il existe des règlements interdisant aux administrations hospitalières de recruter leur personnel parmi les étrangers. C'est donc à tort, si le fait est exact, que les religieuses de Reims prennent des Allemandes et des Belges (1). A cela, il est vrai, elles peuvent répondre que le Ministre de l'intérieur leur donne le mauvais exemple en confiant, à une congrégation dont le siège est en Belgique, la Maison nationale de Charenton.

Hôpitaux Maritimes.

« J'apprends avec plaisir que l'administration parisienne de l'Assistance publique crée en ce moment un établissement de ce genre. Qu'il me soit permis d'exprimer mes vœux : Le premier, c'est qu'on ne centralise pas les enfants dans un même lieu ; qu'on ne fasse pas un Versailles, une fondation fastueuse, mais plusieurs petits établissements dans les stations différentes, où les jeunes malades soient répartis selon la différence des maladies et des tempéraments.

Mon second vœu, c'est que cette création, pour être durable, profite à l'Etat, loin de lui être onéreuse ; que les enfants trouvés que l'on y placerait, les convalescents valides, les malades rétablis, soient employés, selon les lieux, aux travaux les moins fatigants des ports et de la navigation, aux métiers qui s'y rattachent, qu'ils prennent l'habitude et le goût de la vie marine.

Lorsque des populations malheureusement trop nombreuses de pêcheurs et de matelots tournent le dos à la mer et se font industrielles, il faut suppléer à cette désertion. Il faut faire des hommes tout nœufs, qui n'aient pas entendu débattre dans la cabane paternelle les profits de la vie prudente, abritée, de l'intérieur.

Il faut que l'adoption de la France crée un peuple de marins qui, voué d'avance à son métier héroïque, le préfère à tout ; qui, dès les premières années, bercé par la Mer, n'aime que cette grande nourrice et ne la distingue pas de la Patrie elle-même (2). »

La Crémation à Manchester.

La Crémation suit une marche progressive, grâce à la persévérance d'un petit nombre de personnes qui y travaillent avec énergie. Voyant qu'il ne fallait pas attendre d'appui sérieux de la corporation médicale dans le but de faciliter l'érection d'un four crématoire dans un des cimetières existants, une Société s'est formée (avec le duc de Westminster comme président) qui espère, au moyen de souscriptions, réunir la somme nécessaire à

(1) Il est d'habitude, dans les hôpitaux, que ce soient les religieuses qui recrutent les infirmiers et les infirmières. Dans les hôpitaux laïcisés, c'est le *directeur* qui les choisit, les punit, ou les renvoie. C'est là une besogne délicate que leur a imposé la laïcisation ; aussi certains d'entre eux, hostiles à cette réforme, ont-ils été plus ou moins durs envers les laïques.

(2) *La Mer*, par Michelet, p. 425, 1885.

© ANM

l'acquisition d'un terrain, afin d'y élever des constructions nécessaires. Sir Henry Thompson a envoyé une lettre d'encouragement et a offert de s'inscrire comme membre honoraire de la Société de Manchester. (*The Lancet*, 2 août.)

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 27. — 1er *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Gautier, Blanchard, Weiss. — (2e *Série*) : MM. Baillon, Villejean, Fauconnier. (3e *Série*) : MM. Gariel, Bourgoin, Hanriot.

MARDI 28. — 1er *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Gautier, Villejean, Fauconnier. — (2e *Série*) : MM. Gariel, Pouchet, Blanchard. — (3e *Série*) : MM. Lutz, Hanriot, Weiss. — 4e de *Doctorat* : MM. Peter, Proust, Quinquaud. — 5e *de Doctorat* (1re partie) Charité (1re *Série*) : MM. Le Dentu, Campenon, Maygrier. — (2e *Série*) : MM. Guyon, Humbert, Bar.

MERCREDI 29. — 1er *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Regnauld, Bourgoin, Blanchard. — (2e *Série*) : MM. Gautier, Lutz, Fauconnier. — (3e *Série*) : MM. Gariel, Hanriot, Pouchet. — (4e *Série*) : MM. Baillon, Villejean, Weiss. — 4e *de Doctorat* : MM. Potain, Déjerine, Chauffard.

JEUDI 30. (Dissection). — MM. Panas, Brun, Poirier, — 1er *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Bourgoin, Fauconnier, Blanchard. — (2e *Série*) : MM. Lutz, Hanriot, Weiss. — 2e de *Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Humbert, Quenu, Nélaton. — (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Ballet, Gley. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Debove, Legroux, Gilbert.

VENDREDI 31. — Médecine opératoire. MM. Tillaux, Ricard, Poirier. — 1er *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Regnauld, Hanriot, Fauconnier. (2e *Série*) : MM. Baillon, Lutz, Weiss. — (3e *Série*) : MM. Gautier, Villejean, Pouchet. — (4e *Série*) : MM. Gariel, Bourgoin, Blanchard. — (2e *de Doctorat*) (2e partie) : MM. Ch. Richet, Reynier, Retterer. — 4e *de Doctorat* : MM. Straus, Brissaud, Chantemesse. — 5e *de Doctorat* (1re partie) Charité : (1re *Série*) : MM. Pinard, Segond, Jalaquier. — (2e *Série*) : Terrillon, Ribemont-Dessaigue, Tuffier. — (2e partie) : MM. Cornil, Chauffard, Netter.

Thèses de la Faculté de Médecine.

JEUDI 30. — M. Francken. Etude sur les bains de mer du littoral hollandais. — M. Wirbel. De la ligature élastique perdue dans l'hystérectomie abdominale.

Enseignement médical libre.

Cours de technique histologique. — M. le Dr LATTEUX, chef de laboratoire de la Faculté, commencera un cours pratique de technique bactériologique et de microbiologie, le 5 novembre, à 2 heures, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, n° 5, et le continuera les lundi, mercredi et vendredi. Ce cours est destiné à permettre au médecin, dans l'exercice de sa clientèle, de faire toutes les recherches bactériologiques nécessaires pour ses diagnostics. Il est essentiellement pratique. Chaque élève fait une série de préparations comprenant les principales espèces de microbes les plus importantes à connaître et d'après les manipulations reconnues les meilleures. Tous les instruments (microscopes, étuves, stérilisateurs, etc.), sont à la disposition des élèves. Le nombre des leçons est de 25 à 30. On s'inscrit chez M. le Dr Latteux, 17, rue du Louvre, de 1 h. à 2 h.

Clinique des Maladies du larynx, des oreilles et du nez. — Les Drs CALMETTES, LUBET-BARBON et Alfred MARTIN commenceront un cours particulier de laryngologie, rhinologie et otologie le mardi 4 novembre à une heure. La durée du cours sera de deux mois. Pour les conditions, s'adresser à la clinique, 19, rue des Grands-Augustins, les mardi, jeudi, samedi, de 2 h. à 4 h.

FORMULES

X. — Anesthésie locale pour les petites opérations; par le Dr DOBISCH.

X. — Pour des opérations ressortissant à la petite chirurgie : incision d'un panaris, ouverture d'abcès ganglionnaire, grattage d'une fistule osseuse, extirpation d'un épithélioma superficiel, etc., M. Dobisch a eu recours, avec succès, aux pulvérisations de la solution suivante, dans le but d'obtenir l'anesthésie locale :

Chloroforme.	10 parties.
Ether sulfurique.	15 —
Menthol.	1 —
M.	

Les pulvérisations étaient faites avec l'appareil de Richardson. L'anesthésie locale avait une durée de deux à six minutes.

(*Allgemeine medic. Centralzeitung.*, 1890, n° 14, et *Revue de Thérap.*, 1890, 18.)

NÉCROLOGIE.

M. le Dr Gustave MONOD (Paris).

Les obsèques de M. le Dr Frédéric-Clément-Constant-Gustave MONOD, chirurgien honoraire des hôpitaux de Paris, ont eu lieu samedi dernier. Il est décédé, comme nous l'avons annoncé dans notre dernier numéro, à l'âge de 87 ans. D'une famille de pasteurs protestants, il était le frère du célèbre pasteur, Adolphe-Frédéric Monod, le plus grand orateur de la chaire que l'Eglise réformée ait eu de tout temps, et le père de notre cher maître, M. le Dr Charles Monod, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine et professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Né à Copenhague le 30 décembre 1803, G. Monod s'adonna dans sa jeunesse à l'étude des sciences naturelles et entra comme étudiant à la Faculté de médecine en 1821. Interne provisoire des hôpitaux en 1825, interne titulaire en 1826, aide d'anatomie en 1828, il subvint à ses besoins en donnant pendant plusieurs années des leçons d'anatomie.

Il passa sa quatrième année d'internat chez Dupuytren, qui ne se gênait guère, pour jouer à l'hôpital, une comédie connue. G. Monod refusa de s'y prêter et se brouilla avec son chef. Dupuytren se vengea en faisant supprimer les appointements de son interne. Cela n'empêcha pas ce dernier d'obtenir successivement au concours les places de prosecteur en 1830, de chirurgien des hôpitaux en 1831 et celle d'agrégé en chirurgie à la Faculté de médecine en 1832.

Chirurgien du Bureau central pendant 6 ans, il fut nommé à l'hôpital Cochin en 1838, et passa en 1839 à la Maison municipale de santé. Il y est resté jusqu'en 1860, époque à laquelle il prit sa retraite, à l'âge de 57 ans.

Membre fondateur en 1843 de la Société de Chirurgie, dont il trouva la devise; officier de la Légion d'honneur après 1870, pour les services rendus comme chirurgien en chef de l'ambulance protestante établie au collège Chaptal (il avait été fait chevalier après l'insurrection de 1848); membre du conseil de surveillance de l'Assistance publique pendant six ans depuis 1849; ancien président de la Société de Chirurgie (1845), G. Monod fut jadis un des premiers praticiens de Paris. Aussi, très occupé par une nombreuse clientèle médicale et chirurgicale, n'a-t-il publié qu'un nombre très restreint de travaux originaux; mais s'il a peu donné à la science, il se dévoua tout entier à ses malades; et l'honorabilité et la bonté du robuste vieillard, qui hier encore écrivait ses mémoires, sont, on le sait, restées proverbiales dans le monde médical parisien et la société protestante de France. — Voici le titre de ses principales publications : *Sur les maladies des os* (thèse du doctorat, 1831); — *Le souffle placentaire* (1832); — *La section du col de l'utérus est-elle une opération rationnelle*, etc? (thèse d'agrégation, 1833). Il était collaborateur depuis 1837 au *Dictionnaire des études méd. pratiq.* et a publié divers mémoires dans les *Arch. gén. de méd.*, la *Nouv. bibliogr. médicale*, la *Revue médicale*, les *Trans. méd.*, etc. On lui doit encore quelques brochures et divers petits articles de vulgarisation : *Conseils au sujet du choléra* (1849), plaquette réimprimée en 1854 et en 1865; — *Nos enfants*, petit livre d'hygiène (1882); — *Des frictions sèches* et autres articles dans l'*Almanach des bons conseils* (1875, 1876, 1877, 1878, 1889, 1890, etc.). Il écrivit, aux derniers jours de sa vie, l'*histoire de la famille Monod*. — C'est là, dans ce manuscrit de famille, imprimé seulement pour les intimes, qu'ont été puisées les données de cette trop courte notice. Et nous regrettons vivement de n'avoir pu, dans les quelques lignes qui précèdent, trahir l'impression que nous a laissée la lecture du monument élevé à la mémoire d'une famille aussi distinguée.

Marcel BAUDOUIN.

VACCINATION EN HOLLANDE. — Un projet de loi, rendant la vaccination facultative dans les Pays-Bas, a été soumis aux Chambres par le Gouvernement hollandais. On dit que le Ministre de l'Intérieur est membre de la *Ligue de l'antivaccination*. On ne croit pas que ce projet soit voté par les états généraux. (*Méd. mod.*).

© ANM

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 12 octob. 1890 au samedi 18 octob. 1890, les naissances ont été au nombre de 934 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 322 ; illégitimes, 128, Total, 450. — *Sexe féminin :* légitimes, 375 ; illégitimes, 109, Total, 484.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 12 octob. 1890 au samedi 18 octob. 1890, les décès ont été au nombre de 915 savoir : 480 hommes et 435 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 11, F. 9, T. 20. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 7, F. 2, T. 9. — Scarlatine : M. 2, F. 0, T. 2. — Coqueluche : M. 1, F. 6, T. 7. — Diphtérie, Croup : M. 12 F. 16, T. 28. — Choléra : M. 00, F. 00, T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 131, F. 67, T. 198 — Autres tuberculoses : M. 17, F. 32, T. 49. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 2, T. 2. — Tumeurs malignes : M. 17, F. 32, T. 49. — Méningite simple : M. 11, F. 12, T. 23. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 15, F. 21, T. 36. — Paralysie : M. 2, F. 0, T. 2. — Ramollissement cérébral : M. 2, F. 5, T. 7. — Maladies organiques du cœur : M. 21, F. 39, T. 60. — Bronchite aiguë : M. 14, F. 9, T. 23. — Bronchite chronique : M. 14, F. 15, T. 29. — Broncho-Pneumonie : M. 8, F. 10, T. 18 — Pneumonie : M., 27 F. 25, T. 52. — Gastro-entérite, biberon, M. 30, F. 29, T. 59. — Gastro-entérite, sein : M. 11, F. 7, T. 18. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 2, F. 3, T. 5. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 0, T. 0. — Débilité congénitale : M. 9, F. 8, T. 18. — Sénilité : M. 7, F. 23, T. 30. — Suicides : M. 15, F. 5, T. 20. — Autres morts violentes : M. 10, F. 5, T. 15. — Autres causes de mort : M. 78, F. 64, T. 142. — Causes restées inconnues : M. 6, F. 4, T. 10.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 82, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 24, illégitimes, 20. Total : 44. — *Sexe féminin* : légitimes, 23, illégitimes, 15. Total : 38.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — *Concours pour les bourses.* — Par arrêté ministériel en date du 16 septembre 1889, l'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de pharmacie aura lieu, au siège des Ecoles supérieures de pharmacie et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le lundi 27 octobre 1890. Les candidats ont du s'inscrire au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription se sont clos le samedi 18 octobre, à 4 heures. Sont admis à concourir : 1° les candidats pourvus de quatre, huit ou douze inscriptions qui auront subi avec la note *bien* les examens de fin de première et de deuxième année et d'examen semestriel ; 2° les pharmaciens de première classe aspirant au diplôme supérieur. Les candidats pourvus du grade de bachelier ès lettres ou bachelier ès sciences complet, qui ont été admis à ce grade avec la note *bien*, peuvent obtenir, sans concours, une bourse de première année.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Sont maintenus pour un an, à partir du 1er novembre 1890, dans les fonctions de *chefs de clinique* à la Faculté de médecine de Paris : MM. Foubert, Pignol et Marfan, clinique médicale ; Rochard et Clado, clinique chirurgicale ; Rouillard, clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale ; Guinon, clinique des maladies du système nerveux ; Feulard, clinique des maladies cutanées et syphilitiques ; Chaffard, clinique ophtalmologique. — MM. Guillemain, Jacob, Arrou, Lafourcade et Blaise sont nommés pour trois ans, à partir du 1er octobre 1890, *aides d'anatomie* à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de MM. Lyot, dont le temps d'exercice est expiré, Legueu et Regnauld, appelés à d'autres fonctions, Rollin, décédé, et Récamier, démissionnaire. — MM. Legueu et Regnauld sont nommés pour quatre ans, à partir du 1er octobre 1890, *prosecteurs* à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de MM. Hartmann et Boiffin, dont le temps d'exercice est expiré. — Sont institués pour un an, à partir du 1er novembre 1890, à la Faculté de médecine de Paris : *Chef de clinique médicale :* M. Ménetrier, docteur en médecine, en remplacement de M. Duflocq, dont le temps d'exercice est expiré. — *Chef de clinique chirurgicale :* M. Lejars, docteur en médecine, en remplacement de M. Beurnier, dont le temps d'exercice est expiré. — *Chef de clinique obstétricale* : M. Potocki, docteur en médecine, en remplacement de M. Boissard, dont le temps d'exercice est expiré. — *Chef de clinique des maladies des enfants :* M. Martin de Gimard, docteur en médecine, en remplacement de M. Deschamps, dont le temps d'exercice est expiré. — *Chef adjoint de clinique des maladies des enfants :* M. Guinon, docteur en médecine.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE. — La chaire de physiologie de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille est déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON. — Sont nommés à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, pour l'année scolaire 1890-1891 : 1° *Chefs des travaux de laboratoires* : MM. Rodet, agrégé, médecine expérimentale et comparée ; Bard, agrégé, anatomie générale et histologie ; Vialleton, agrégé, anatomie générale et histologie ; Didelot, agrégé, physique médicale ; Linossier, agrégé, chimie minérale ; Reboul, docteur en médecine, physiologie ; Beauvisage, agrégé, matière médicale et botanique ; Hugounenq, agrégé, chimie organique et toxicologie ; Coutagne, docteur en médecine, médecine légale ; Florence, agrégé, pharmacie ; Roux, docteur en médecine, clinique médicale ; Barral, licencié ès sciences physiques, clinique médicale ; Rochet, docteur en médecine, médecine opératoire ; Mondan, docteur en médecine, clinique chirurgicale ; Despeignes, licencié ès sciences naturelles, zoologie ; Michon, docteur en médecine, clinique médicale (travaux de biologie) ; — 2° *Préparateurs de laboratoires* : MM. Courmont, médecine expérimentale et comparée ; Doyon, physiologie ; Pic, médecine opératoire ; Eybert, anatomie ; Poisat, matière médicale et botanique ; Lacroix, anatomie générale et histiologie ; Saint-Cyr, médecine légale ; Genoud, zoologie ; Métroz, pharmacie ; Nicolle, chimie organique et toxicologie ; Givaudan, chimie générale ; Bret, anatomie pathologique ; — 3° *Aides de clinique* : MM. Goullioud, clinique des maladies des femmes ; Givre, clinique des maladies des enfants.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOURS. — M. WOLFF, chez des travaux physiques et chimiques à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, est prorogé dans ses fonctions pour une période de trois ans, à partir du 18 août 1890. — M. BRISSONNET, suppléant des chaires de physique et de chimie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, est chargé, pendant l'année scolaire 1890-1891, d'un cours de pharmacie et matière médicale à ladite Ecole.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — *Faculté de médecine de Marbourg* : M. le Dr A.-F. BARTH (de Berlin), est nommé à la chaire nouvelle d'ontologie, et M. le Dr E. KUSTER, professeur extraordinaire à la Faculté de Berlin, à la chaire de professeur ordinaire de chirurgie. — *Faculté de médecine de Kasan* (Russie) : M. le Dr NIKOLSKI, privat-docent, est nommé professeur extraordinaire de pharmacologie. — *Académie de médecine militaire de Saint-Pétersbourg* : M. le Dr PAWLOW, professeur extraordinaire, est transféré dans la chaire de bandage et appareils. — *Ecole des sages-femmes de Presbourg* : M. le Dr VELITS, assistant, est nommé professeur à l'Ecole des sages-femmes de Presbourg. — *Université de Santiago* : M. le Dr SCHÖNBIN, privat-docent, est nommé professeur de physiologie à l'Université de Santiago. — *Faculté de médecine de Strasbourg* : M. le Dr FÜRSTNER, professeur extraordinaire à l'Université d'Heidelberg, est nommé professeur ordinaire à Strasbourg.

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — *Concours pour la nomination à quatre places d'internes titulaires en pharmacie dans les asiles d'aliénés du département de la Seine.* (Asile clinique (Sainte-Anne), Villejuif, Ville-Evrard et Vaucluse). — Le lundi 8 décembre 1890, à une heure précise, il sera ouvert à l'Asile clinique (Sainte-Anne), rue Cabanis, n° 1, à Paris, un concours pour la nomination dans lesdits établissements à quatre places d'internes titulaires en pharmacie. Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, bureau des aliénés, annexe Est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à quatre heures. Le registre d'inscription sera ouvert du jeudi 6 novembre au samedi 22 novembre 1890, inclusivement.

Concours pour la nomination à trois places d'internes titulaires en médecine dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine. (Asile clinique (Sainte-Anne), Villejuif, Ville-Evrard, Vaucluse et l'infirmerie spéciale des aliénés près la Préfecture de police). Le lundi 15 déc. 1890, à midi précis, il sera ouvert à la Préfecture de la Seine, annexe Est de l'Hôtel de Ville, rue Lobau, n° 2, à Paris, un concours pour la nomination à trois places d'internes titulaires en médecine dans lesdits établissements. Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, bureau des aliénés, annexe Est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à quatre heures, depuis le jeudi 13 novembre jusqu'au samedi 29 novembre 1890, inclusivement.

ASPHYXIE PAR LES POÊLES MOBILES. — Les premiers froids ramènent la série des accidents par asphyxie due à l'emploi des poêles à combustion lente. A Paris récemment, neuf ouvrières

© ANM

modistes ont failli perdre la vie de cette manière. Les ateliers étaient chauffés par deux poêles mobiles placés aux deux extrémités des trois pièces composant le local. L'installation des tuyaux avait été faite d'une façon très défectueuse, les deux poêles ayant un tuyau de tirage commun. Un jour, l'un des deux n'ayant pas été allumé, le tirage se fit très imparfaitement, et l'oxyde de carbone, refoulé, se répandit en couche épaisse sur le sol. A un moment donné, sans qu'aucun indice ait pu faire pressentir aux ouvrières le danger qu'elles couraient, la patronne s'affaissa subitement, sans connaissance. En moins d'un instant, huit autres personnes tombèrent successivement. Fort heureusement un médecin, à l'aide de ballons contenant de l'oxygène, put rappeler à la vie les malades, dont trois étaient dans un état des plus inquiétants.

Banquet Le Dentu. — A l'occasion de la nomination du Pr Le Dentu à la chaire de clinique chirurgicale, ses élèves et ses amis lui offrent un dîner, qui sera servi à l'hôtel Continental, le samedi 15 novembre, à 7 h. 1/2. La cotisation est de 20 francs. Prière d'envoyer les adhésions à M. Lyot, 37 *bis*, rue du Colisée.

Congrès des américanistes a Paris. — Au dernier Congrès des Américanistes, M. le Dr Delisle a appelé l'attention des membres du Congrès sur les *déformations artificielles du crâne chez les Chimooks et les populations de même race du bassin de la rivière Colombia et de l'Orégon.*

Congrès international contre l'abus de l'alcool. — Le troisième congrès s'est tenu récemment à Christiania; il y avait 212 membres présents, sous la présidence de M. le Dr Dahl. On a proposé d'organiser une *Ligue antialcoolique Européenne.*

Congrès international de médecine de Berlin. — *Encore l'exposition médico-scientifique.* — Le *Mercredi médical* prétend que les importants envois à Berlin d'une maison connue à Paris pour ses appareils sanitaires n'ont pas été exposés dans le local de l'exposition annexée au Congrès international de Médecine, comme cela aurait dû avoir lieu. Nous sommes obligé — et nous ne pouvons faire de confusion, puisqu'il n'y avait qu'un exposant français à Berlin, en dehors d'un fabricant d'instruments en gomme, M. Vergne,—de le contredire formellement, ayant vu, *de nos yeux vu*, les tableaux envoyés par cette maison, exposés dans une très grande salle. Il nous a suffi de regarder pour voir. M. B.

Distinctions honorifiques. — Par décret en date du 8 octobre 1890, M. Viguier, médecin-major de deuxième classe, en non-activité pour infirmités temporaires, a été nommé Chevalier de la Légion d'honneur. — M. le Dr Boisson, médecin militaire, vient de recevoir du ministre de l'intérieur une médaille d'honneur en argent (dévouement pendant les épidémies). — M. le Dr Aubert (du Mans), est nommé Chevalier de la Légion d'honneur.

Epidémies de fièvre typhoïde.— M. Brouardel, au dernier Comité d'hygiène publique de France, a lu un rapport sur la *fièvre typhoïde dans l'armée et dans la population civile.* M. le Ministre de l'intérieur a transmis au Comité une lettre par laquelle le Ministre de la guerre, à propos de l'endémicité de la fièvre typhoïde dans la garnison de Caen, demandait que l'autorité eût le droit de faire fermer d'office les puits reconnus suspects. M. Brouardel appuie cette demande. Son rapport se divise en deux parties : I. Renseignements sur l'état sanitaire de la ville de Caen. — II. De la salubrité publique au point de vue de la défense nationale.—Le rapport se termine par les conclusions suivantes : Le Comité consultatif d'hygiène publique de France remercie M. le président du Conseil, ministre de la guerre. Le Comité est convaincu que l'assainissement de la France, au point de vue, notamment, de la fièvre typhoïde est d'intérêt national. Il est urgent qu'une loi donne aux autorités sanitaires les pouvoirs nécessaires à l'accomplissement de leur mission. Cette loi est préparée en ce moment par M. le ministre de l'intérieur, le Comité compte sur l'intervention de M. le président du Conseil, ministre de la guerre, pour aider au succès de cette œuvre patriotique. Il émet le vœu que ce rapport soit communiqué à M. le ministre de la marine : » Après avoir adopté ces conclusions à l'unanimité, le Comité a exprimé le vœu que M. le ministre de l'intérieur voulût bien faire insérer le rapport de M. Brouardel au *Journal Officiel.*

Fièvre typhoïde à Villerville. — MM. Brouardel et Thoinot ont continué leur enquête au sujet de l'épidémie de fièvre typhoïde qui a été signalée sur une partie de la côte normande. Ils ont visité Honfleur et Villerville. L'épidémie n'a pas été constatée dans la première de ces localités. Il n'en a pas été de même à Villerville; là ils ont acquis la preuve qu'une trentaine de cas de fièvre typhoïde ou de fièvre muqueuse s'étaient produits durant une courte période. Les médecins ont été aidés dans leur enquête par le maire, qui s'est engagé à faire effectuer toutes les améliorations hygiéniques qui seraient jugées nécessaires.

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'externat.* — Les épreuves du concours continuent. L'épreuve des étudiants volontaires, pour 1891 (dernière année de volontariat), a eu lieu. Questions posées : *Fléchisseurs commun, superficiel et profond des doigts et long fléchisseur du pouce* (Anatomie) ; — *saignée* (Pathologie).

Hygiène de la Ville de Paris. — *Les égoûtiers.* — Le rapport sur le service médical des travaux de la ville de Paris vient d'être distribué aux membres du Conseil municipal. Nous lisons dans ce rapport que, pendant l'année 1889, il y a eu environ 3,980 malades, représentant 40,000 journées d'absence. Ces journées ont entraîné pour la Ville une dépense de plus de 200,000 fr. La mortalité a diminué depuis quelques années dans le personnel de l'assainissement et des égoûts; mais il est clair que ce personnel, chargé d'assainir la cité, a besoin des plus grandes précautions pour être lui-même conservé en santé. Le Conseil municipal et la direction des travaux ont fait beaucoup : il reste encore beaucoup à faire.

Hygiène scolaire. — On nous affirme que les internes du lycée de Clermont-Ferrand prennent : 1° un grand bain tous les trois mois ; 2° un bain de pied quelques jours avant de partir en vacances ; 3° toute lotion des régions sous-ombilicales est formellement interdite. En hiver, l'eau est soigneusement glacée. Ce fait nous a été raconté devant plusieurs externes des hôpitaux qui n'ont pas hésité à reconnaître dans cette hygiène spéciale celle à laquelle ils avaient dû obéir, dans les lycées divers, il y a quelques années. (*Mercredi Méd.*).

Irritation produite par les tentacules de la méduse (Jellyfish). — Le Pr Richardson rapporte, dans l'*Asclepiade*, un accident de ce genre qui lui est arrivé, ainsi qu'à un de ses amis. Etant au bain, des méduses s'attachèrent à eux, et, peu de temps après, la peau touchée par leurs tentacules devint rouge et douloureuse. La sensation éprouvée par les deux patients ressemblait à celle causée par un sinapisme; la température locale était élevée. Les symptômes disparurent au bout de 7 à 16 heures, mais il resta à l'un d'eux un malaise pendant 3 jours. Un troisième malade, observé par l'auteur en 1872, faisait la planche en se baignant, lorsqu'une méduse lui introduisit une tentacule dans la bouche. Le malade éprouva une cuisson très violente de la langue, de la gorge, avec difficulté à avaler et rougeur de ces parties. Le traitement consiste dans l'usage d'une solution alcaline.

L'incorporation des Etudiants en médecine. — Une communication du Ministère de la guerre annonce qu'un certain nombre de jeunes gens, appelés à ne faire qu'une année de service militaire, en raison de la dispense accordée aux possesseurs de diplômes d'avocat, de docteur en médecine et de pharmacien, ont sollicité l'autorisation de faire leur service dans les villes où leurs occupations les retiennent. M. le Ministre de la guerre vient de décider qu'il ne sera pas tenu compte de ces démarches et que les jeunes gens appelés pour un an sous les drapeaux seront incorporés dans *les subdivisions de la région où ils auront tiré au sort.*

Nominations diverses. — M. le Dr Du Mesnil, médecin en chef de l'asile national de Vincennes, représentant le département de l'intérieur, vient d'être nommé Membre du Conseil du bureau central météorologique de France.

Service de santé militaire. — *Nominations.* — Par décision ministérielle en date du 6 octobre 1890, M. Grosse, médecin-major de 1re classe, a été désigné pour le 128e d'infanterie et M. Choux, médecin-major de deuxième classe, pour le 133e d'infanterie. — Par décision ministérielle en date du 7 octobre 1890, M. Kopff, médecin-major de première classe, a été désigné pour être attaché au service médical de l'Etat-major du gouvernement militaire de Paris.— Par décision ministérielle en date du 8 octobre 1890, ont été désignés pour les régiments ci-après : MM. les médecins-majors de première classe, Pettier et Montéty, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran.

Les mesures d'hygiène dans l'armée. — Un journal militaire critique les prévoyantes instructions données par le gouverneur de Paris pour éviter, dans la limite du possible, les maladies qui sévissent sur les troupes comme sur la population aux changements de saison, à l'époque où se produisent de brusques variations de température. Nous croyons qu'il convient, au contraire, de le féliciter de sa prévoyance.

Société royale des sciences médicales et naturelles de Bruxelles. — Cette Société vient de nommer M. le Dr O. Lassar (de Berlin), ancien secrétaire général du Congrès international, membre correspondant.

Société médico-chirurgicale de Brabant (*Fondation*). — Un groupe assez nombreux de médecins ont formé le projet de fonder à Bruxelles *une Société médico-chirurgicale* composée de médecins habitant la province de Brabant.

© ANM

Société médico-psychologique. — La Société médico-psychologique se réunira, en séance ordinaire, le lundi 27 octobre, à 4 h. précises, rue de l'Abbaye. — 3. *Ordre du jour :* 1° Mélancolie spéciale survenant chez les délinquants en état de prévention ou après condamnation : M. Charpentier. — 2° De la mélancolie et de ses diverses variétés (*suite*) : M. Paul Garnier. — 3° Communications diverses.

Sanatorium du Vernet. — Le Sanatorium du Vernet (Pyrénées-Orientales) a été inauguré le 13 octobre dernier en présence de MM. Grasset (Montpellier), Verneuil (Paris), etc. C'est le premier sanatorium de ce genre créé en France. Il a été établi sur le modèle de ceux de Falkenstein, Davos, etc., et est situé à 800 mètres d'altitude. Il a pour but la *cure des phtisiques par l'air*. M. le Dr Sabourin a la direction médicale de ce sanatorium, qui semble installé conformément aux règles de l'hygiène moderne.

Recrutement des infirmiers militaires. — Le Ministre de la guerre, ayant décidé que les infirmiers militaires se recruteraient exclusivement parmi les hommes appelés à accomplir trois années de présence sous les drapeaux, a disposé que les hommes destinés à ce service seraient désignés nominativement lors de la répartition du contingent et réglé les conditions de leur instruction militaire et spéciale dans les corps de troupes. L'instruction spéciale leur sera donnée dès le septième mois de leur incorporation par les soins du médecin-major, chef de service, sans qu'ils soient exempts pour cela des exercices militaires proprement dits, des marches, tirs, etc. Autant que possible, huit jours avant le renvoi d'une classe, les militaires de la plus jeune classe incorporée, destinés aux sections d'infirmiers, seront versés d'office et en totalité dans ces sections et répartis immédiatement entre les hôpitaux et les établissements du service de santé, afin qu'aucune interruption ou à-coup ne se produise dans le service des malades.

Université de Bruxelles. — *Un scandale.* — Un scandale sans précédent s'est produit à l'occasion de la rentrée de l'Université, qui vient d'avoir lieu. Une centaine d'étudiants et d'anciens étudiants se sont livrés à des manifestations bruyantes. Ils ont coupé la parole au nouveau recteur, afin de *protester contre le refus d'une thèse matérialiste par la Faculté de philosophie et des lettres*. M. le bourgmestre, président du conseil d'administration, a vainement tenté de rétablir l'ordre. La police a dû intervenir. De nouvelles huées ont alors éclaté et une véritable bagarre s'est produite. La séance a été levée, sans que le recteur ait pu prononcer son discours. Après la tumultueuse scène qui a empêché la cérémonie d'ouverture, les étudiants ont voté l'ordre du jour suivant, qui a été envoyé au conseil d'administration de l'Université : « Les étudiants et anciens étudiants de l'Université, réunis en assemblée générale, protestent avec énergie contre l'intervention scandaleuse de la police lors de la séance d'ouverture de l'Université libre de Bruxelles. » Plusieurs réunions générales des étudiants ont eu lieu ensuite, d'abord pour flétrir la conduite du recteur et demander sa démission, puis pour retirer le vote de blâme, à la suite de l'intervention d'un député.

Une exposition d'hygiène a Lyon. — L'Exposition de Lyon en 1892 aura une section d'hygiène et d'électricité. Il est question, pour Bordeaux, d'une Exposition à cette même date.

Un Hôpital éclairé a la lumière électrique. — Le nouvel hôpital urbain de Berlin, récemment ouvert et construit d'après le système des pavillons pour recevoir 570 malades, est entièrement éclairé à l'électricité. Pour assurer un éclairage constant, sans être exposé à un affaissement subit et inattendu du courant électrique, on a établi une double canalisation. La dépense occasionnée par cette amélioration s'est élevée à la somme de 200.000 fr.

Vaccination aux Etats-Unis. — Le président du Conseil d'Hygiène de Chicago vient de défendre aux médecins de son ressort de vacciner gratuitement les malades autrement qu'aux bras, à moins d'avis du Conseil.

Nécrologie. — M. le Dr Demarle (Louis-Gustave), docteur en médecine et pharmacien de première classe, mort le 7 octobre, à Paris, à 63 ans. — M. le Dr Brémond (J.-L.), de Paris. — M. le Dr Riber (de Pont-Audemer). — M. le Dr Nicolas Duranty, médecin des hôpitaux et professeur à l'Ecole de médecine de Marseille, est mort cette semaine, dans des circonstances particulièrement tristes. Un soir, il était allé visiter un jeune enfant malade d'une angine et dont l'état lui inspirait des craintes ; il était à son chevet depuis quelques instants lorsque lui-même, pris d'un malaise subit, s'affaissait pour ne plus se relever. M. Duranty, mort à 54 ans, était un des médecins les plus estimés de Marseille.

Dyspepsie. — Vin de Chassaing. — *Pepsine.* — *Diastase. Phthisie, Bronchites chroniques.* — Emulsion Marchais.

Dyspepsie. Anorexie. — Ces états pathologiques si fréquents et qui compromettent si gravement la nutrition, sont rapidement modifiés par l'Elixir et pilules Grez Chlorhydro-pepsiques (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.

Albuminate de fer soluble (Liqueur de Laprade) le plus assimilable des ferrugineux (Pr Gubler). Une cuillerée à chaque repas. Chlorose et troubles de la menstruation, c'est le fer gynécologique par excellence.

Phthisie. Vin de Bayard à la peptone phosphatée, le plus puissant reconstituant de la thérapeutique. Une à deux cuillerées par repas.

Précieuse. Source de VALS, très efficace contre les affections du Foie et de la Vessie. (Calculs, Gravelle, Diabète, Goutte, etc.) *Prescrite par les Médecins des Hôpitaux de Paris.*

Avis à nos lecteurs.

Nous rappelons à nos lecteurs, à nos abonnés et à nos collaborateurs que tout ce qui concerne la rédaction (livres, journaux, manuscrits, communications, etc.) *doit être adressé au Rédacteur en chef, et tout ce qui concerne l'Administration* (abonnements, librairie, annonces, changements d'adresse, mandats) *à M. Hippolyte Durand.*

NUMÉRO DES ÉTUDIANTS. — Nous prions instamment tous nos lecteurs et toutes les personnes intéressees de bien vouloir nous adresser les renseignements qui les concernent avant le 1er novembre.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital de la Salpêtrière. — *Chaire de clinique des maladies nerveuses.* — M. le Pr Charcot reprendra ses *Leçons du Mardi* le mardi 28 octobre 1890.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès Médical.

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'Epilepsie, l'Hystérie et l'Idiotie (*Compte rendu du Service des Enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pendant l'année* 1889), par Bourneville, Sollier et Pilliet. Un volume in-8° de LVI-488 pages. — Prix . . . . . 5 fr.

Librairie G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

Banal (M.). — Recherches biologiques sur l'excrétion urinaire aux différents âges de la vie (étude de la toxicité urinaire). Brochure in-8° de 83 pages, avec 4 tableaux.

Grasset (J.) et Raugiès (G.). — Du vertige cardio-vasculaire, du vertige des artério-scléreux. Brochure in-8° de 80 pages.

Baillarger (M.) — Recherches sur les maladies mentales. 2 volumes in-8 de 734 et 752 pages, avec 15 planches.

Mairet. — Leçons de Lundi : Grippe et aliénation mentale. Brochure in-8 de 35 pages.

Mairet. — Leçons du Lundi : Grippe et aliénation mentale. Brochure in-8° de 35 pages.

Librairie G. STEINHEIL, 2, rue Casimir-Delavigne.

Marx (M.). — Colpocèle postérieure, son traitement. Brochure in-8 de 63 pages.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

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

© ANM

18e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XII. N° 44. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 1er NOVEMBRE 1890.

Le Progrès Médical

HYGIÈNE

Le Sanatorium de Görbersdorf ;

par M. le Dr Paul POUZET (de Cannes).

Parmi les diverses questions traitées au *Congrès de Berlin*, la discussion sur « *le traitement de la phtisie pulmonaire dans les hôpitaux spéciaux* » a été très remarquée. Nous avons vu des délégués de divers pays prendre successivement la parole pour approuver les conclusions du rapporteur, M. Hermann Weber, qui recommandait d'une façon pressante la création d'établissements pour les phtisiques, et la plupart d'entre eux ont déclaré que leurs gouvernements s'intéressaient activement à la fondation de ces hôpitaux.

Nous aurions pu ajouter qu'en France cette question est à l'ordre du jour. Un sanatorium se construit dans les Pyrénées et le directeur de l'Assistance publique met à l'étude un projet d'hospitalisation de nos tuberculeux loin des villes.

Aussi avons-nous pensé qu'il pouvait y avoir quelque intérêt à visiter Görbersdorf, le plus ancien, le plus grand des sanatoria et, pour ainsi dire, leur berceau.

Le village de Görbersdorf est situé en Silésie prussienne, à une altitude de 561 mètres au-dessus du niveau de la mer, dans une vallée des Monts-des-Géants, orientée de l'Est à l'Ouest et entourée de tous côtés de montagnes boisées. Au bout du village, dans l'endroit le mieux abrité, au milieu de grands arbres, se dresse, tout en briques rouges, avec ses toits pointus ardoisés, le sanatorium du Dr Brehmer.

C'est un véritable monument architectural, dans le style des vieux châteaux gothiques allemands, comme on les représente en perspective sur les décors de l'Opéra.

Trois principaux corps de bâtiments, construits à des époques différentes mais sur le même alignement, se succèdent. Ils sont réunis entre eux par des galeries et des terrasses transformées en jardin d'hiver et en promenades couvertes. A l'Ouest s'élève le plus ancien de ces bâtiments, le vieux Kurhaus ; c'est une grosse masse carrée flanquée d'une tour également carrée, surmontée de poivrières. A l'autre extrémité, le nouveau Kurhaus, avec deux grosses tours rondes à son entrée, présente une façade décorée d'arcades ogivales soutenues par des colonnettes formant une série de balcons en retrait. Il faudrait être Viollet-le-Duc pour en donner une description exacte et détaillée. Au centre, un donjon et une tour élancée indiquent l'appartement occupé par le Dr Brehmer et habité aujourd'hui par sa famille.

Devant la façade exposée au midi, une plate-forme appelée Corso et un grand bassin alimenté par un énorme jet d'eau. Plus loin, le parc se développe d'abord en pente douce, devient plus escarpé et finit dans une véritable forêt de sapins.

Au milieu des jardins, à proximité, se trouvent trois établissements annexes contenant une douzaine de chambres : la Maison-Blanche, la Maison-Neuve, la Villa-Rosa.

Dans le parc, très bien dessiné, entretenu avec soin, coupé dans tous les sens d'allées aux pentes les plus variées, sont ménagés des bosquets, des salles d'ombrages, des berceaux de verdure, des parties découvertes. A tous les pas, des bancs rustiques, des chaises, des fauteuils de toutes formes, des hamacs suspendus aux branches. Çà et là, des abris, une grotte, des guérites, des chalets suisses, norvégiens ; un réservoir peuplé de poissons, un enclos dans lequel s'ébattent des cerfs, à mi-côte une large terrasse. Si nous continuons l'ascension à travers bois, nous arrivons par des sentiers pittoresques au sommet de la colline, à 140 mètres au-dessus du Corso, et de là, abrité derrière les vitraux d'un pavillon russe, appelé Katharinen, nous pouvons reposer notre vue sur de larges espaces cultivés, fermés à l'horizon par les montagnes de Bohême et de Silésie.

Ainsi, tout a été disposé et prévu pour que le malade puisse se promener sans ennui, s'isoler s'il a l'humeur solitaire, monter ou descendre, s'étendre ou s'asseoir, suivant ses forces et la prescription du médecin.

Lorsque j'ai visité l'établissement, 190 malades de nationalités les plus diverses y séjournaient. Mon impression a été tout à fait différente de celle que j'ai éprouvée à Falkenstein (1). La formule générale n'est pas « *cure par le repos* » mais « *cure par l'exercice* ». Ce ne sont plus d'interminables files de chaises longues sur lesquelles sont étendus les patients. Ici les malades ne sont pas groupés sous des halles. Tous ceux qui peuvent quitter la chambre sont disséminés dans le parc à leur guise. La marche réglée, les ascensions méthodiques lentes, les épaules renversées en arrière, jouent un grand rôle dans l'emploi de leur temps et les aident à passer dehors, au grand air, sans qu'elles paraissent trop longues, leurs journées oisives et monotones.

J'ai vécu trois jours de leur vie ; je vais essayer de la décrire. Sur mon désir d'habiter le Sanatorium, j'ai été installé dans une chambre du nouveau Kurhaus. On y accède par un escalier monumental, décoré de peintures archaïques. Sur les murs sont inscrits des aphorismes de circonstance : « Où le malade se trouve bien, qu'il y reste jusqu'à guérison » ; « La meilleure occupation pour un malade est de travailler à devenir bien portant ». Sous le médaillon de Brehmer : « Seul, il sait guérir les hommes, le médecin qui a étudié la nature et habitué son esprit aux études mathématiques ». Brehmer avait été mathématicien.

Les chambres, l'ameublement, les décorations, sont de style gothique ; les meubles en bois, peints à l'huile, ornés de dessins et de crénelures. Ma fenêtre est assez grande ; le rebord en est élevé ; pour jouir de la vue, il faut monter une marche en bois sur laquelle est fixé un fauteuil. Pas de vasistas, pas d'imposte. *On ne dort pas la nuit la fenêtre ouverte* (2). L'aération est pra-

(1) Pouzet. — *Une journée à Falkenstein* ; in *Bulletin médical*, juillet 1888. — Pouzet. *Les phtisiques à Davos*; in *Lyon médical*, octobre 1888.

(2) Pouzet. — *De la fenêtre ouverte pendant la nuit dans le traitement de la phtisie*; in *Bulletin médical*, 24 octobre 1888.

© ANM

tiquée par une ouverture située en haut de la pièce communiquant avec une cheminée d'appel.

Le chauffage se fait au moyen d'un calorifère à air chaud. Il est réglé par une bouche de chaleur placée à mi-hauteur, à la portée de la main. Cette bouche est fermée par deux battants métalliques. Dès qu'on les ouvre, le courant d'air actionne un petit moulinet placé immédiatement derrière. Le moulinet favorise, par son mouvement, l'évaporation d'une nappe d'eau contenue dans un récipient rectangulaire fixé au mur au-dessous de lui. Ce récipient contient un litre. Par ce procédé, il est mis à sec en douze heures environ. On se propose de saturer autant que possible l'air d'humidité.

La température ne doit pas dépasser 16 à 17 degrés. Comme éclairage, une lampe à pétrole et des bougies. Dans un coin, un crachoir rempli de sciure de bois. Tout l'établissement est chauffé et éclairé par le même procédé.

A sept heures moins le quart, une sonnerie de trompettes annonce le réveil. Une demi-heure plus tard, une nouvelle fanfare apprend que le déjeuner est servi dans la salle à manger. Il se compose d'une tasse de café au lait ou de chocolat avec du pain et du beurre, suivie d'un grand verre de lait. Les retardataires paient une amende.

Immédiatement après, chacun prend son chapeau, une canne, un châle, un manteau si le temps menace, et on part pour la promenade. Quelques-uns se munissent d'une gourde pleine de lait qu'ils boivent en route, à petites gorgées, suivant la méthode déjà bien ancienne d'Amédée Latour.

A dix heures, les sons perçants de la trompette rappellent les malades ; ils se réunissent de nouveau dans la salle à manger pour prendre une tasse de lait et du pain beurré.

Le repas le plus important a lieu à midi et demi : un potage, deux plats de viande, des légumes, de la compote. La graisse joue un rôle important dans sa préparation. Le vin est la boisson générale, deux à quatre verres à Bordeaux de vin de Hongrie, très alcoolique, suivant l'ordonnance du médecin. Quelques-uns prennent du café.

L'usage du cognac m'a semblé très modéré et réservé surtout à certaines indications telles que les sueurs nocturnes. Brehmer le faisait vendre très cher pour en limiter la consommation.

Après le dîner, les malades retournent dans le parc et en sont rappelés vers quatre heures pour prendre part à une collation analogue à celle de dix heures.

Avec la fin de la journée, on se groupe sur le Corso, en attendant le souper qui est sonné à sept heures et demie. Il a paru un peu sommaire à nos habitudes françaises : un plat de viande chaud ou froid et un légume, le tout arrosé d'un verre de lait.

Pour fournir cette énorme quantité de lait, qui n'est jamais écrémé et dont chaque malade absorbe plus de deux litres par jour, une grande ferme située à peu de distance est annexée à l'établissement. On y compte cinquante belles vaches bien tenues et vingt chèvres blanches. De plus, un garçon est spécialement attaché à la fabrication du képhir dont on consomme journellement trente litres.

Le souper fini, tout le monde se retrouve sur une route à peu près plate qui remonte la vallée. Après quelques allées et venues, on rentre, les fenêtres s'éclairent une à une et chacun se couche.

Comme vous pouvez en juger, en dehors des promenades et du spectacle de la nature, les distractions n'abondent pas. Les jeux de hasard sont interdits. Quelques-uns trouvent dans le flirt un passe-temps. Il n'est pas exceptionnel de voir un mariage se décider à Görbersdorf. D'autres, plus audacieux, vont subrepticement, le soir, boire de la bière dans les tavernes de village ; mais qu'ils ne s'oublient pas, les portes sont fermées à dix heures et le concierge est incorruptible ; il les dénoncera impitoyablement.

La durée du séjour des malades au Sanatorium est très variable ; les uns y passent six semaines, d'autres restent deux ans. Plusieurs reviennent chaque année, dans la belle saison, pour se reposer de leurs affaires et entretenir leur santé.

Mais tous les malades ne se trouvent pas dans la possibilité de suivre ce genre de vie. Vingt à vingt-cinq en moyenne gardent la chambre, retenus par une hémoptysie, un accident ou la fièvre. Comme cette dernière complication est l'écueil de la thérapeutique chez les phtisiques, nous entrerons dans quelques détails.

Que ce soit une fièvre initiale ou une fièvre de résorption, le traitement est sensiblement le même. Lorsqu'à son arrivée, le malade présente des accès fébriles, on le laisse au repos, au lit, pendant quelques jours. La température axillaire est prise toutes les deux heures, sauf la nuit, pour en étudier la marche. Sous cette simple influence, à laquelle s'ajoute le changement de milieu, on voit parfois la température redevenir normale.

Si les symptômes fébriles persistent, une heure avant le moment présumé de l'accès le malade prend un grand verre à bordeaux de vin de Hongrie d'un trait et s'applique sur la région précordiale une large vessie remplie de glace. L'accès revient-il aussi fort, on fera prendre le lendemain un second verre de vin une demi-heure après le premier.

Parfois, sous l'influence de la glace ou d'une autre cause, des frissons se produisent, on la supprime aussitôt et elle n'est réappliquée qu'une heure après leur disparition. S'ils reviennent périodiquement, on suspend l'emploi de la glace une heure avant leur apparition probable.

On attache, à Görbersdorf, une grande importance à l'action de la glace et l'usage en est extrêmement fréquent. C'est un moyen de fortifier le cœur, d'éviter son affaiblissement et d'éloigner le collapsus final de cet organe. Les applications de glace sur la région précordiale n'agissent pas à la façon des antithermiques. Tandis que ceux-ci ne diminuent la fièvre et ne provoquent un soulagement qu'au prix d'une dépression qui se manifeste par un sentiment de froid et de la sueur, la glace, même appliquée longtemps, n'abaisse pas notablement la température, mais elle ralentit la circulation et la rend plus tonique. Elle donne le plus souvent une impression agréable aux malades. Le sujet est-il sensible, la peau mince, le tissu graisseux absent, on interpose un ou plusieurs doubles de flanelle. Quelques-uns cependant ne peuvent la supporter.

Le séjour au grand air, en montagne, les ascensions méthodiques, l'exercice et la suralimentation ne sont pas les seuls moyens employés pour fortifier et endurcir les phtisiques. Les fonctions de la peau sont également l'objet de soins spéciaux. Presque tous les malades sont frottés le matin, soit à sec, soit avec un liquide spiritueux d'abord, plus tard ils sont lotionnés avec de l'eau qu'on refroidit graduellement pour en arriver au drap mouillé et à la douche. Une trentaine environ, les

© ANM

plus forts, se rendent, chaque matin, après déjeuner, au pavillon hydrothérapique, situé au milieu du parc, et reçoivent, sur la région dorso-lombaire, une douche de cinq à vingt secondes de durée.

Peu ou pas de médicaments, de la morphine pour calmer la toux, de l'antipyrine ou de l'antifébrine pour combattre la fièvre chez certains malades.

Telles sont les grandes lignes du traitement institué à Görbersdorf, par Brehmer. Le docteur Wolf, médecin directeur, qui lui a succédé depuis quelques mois, et cinq assistants, continuent les traditions et en surveillent l'application journalière.

Au Sanatorium est attaché un assistant spécial pour les examens et les recherches histologiques et bactériologiques. Un laboratoire, des animaux de grande taille, des centaines de lapins, de cobayes, de rats sont à sa disposition pour les inoculations et les expériences. Le résultat des travaux est publié dans une brochure annuelle.

Un observatoire météorologique, sous la surveillance d'un directeur, doté des instruments enregistreurs les plus perfectionnés, permet de suivre avec précision l'état atmosphérique de la contrée.

C'est le docteur Brehmer qui a fondé, il y a plus de trente ans, le Sanatorium de Görbersdorf.

Deux idées théoriques l'y ont amené.

Elève de Rokitansky, Brehmer croyait que ceux-là surtout deviennent phtisiques qui ont le cœur petit et de gros poumons. Cette disposition organique constituait pour lui l'habitus du phtisique. Le cœur étant faible, les poumons sont insuffisamment nourris et le sujet se trouve ainsi prédisposé. D'où la nécessité de fortifier non seulement l'organisme, mais surtout le cœur, résultat que l'on obtient par un exercice raisonné et le séjour à une certaine altitude. Sous cette double influence, les battements du cœur s'accélèrent et la musculature de cet organe augmente, ainsi que sa tonalité.

En second lieu, le hasard ayant conduit Brehmer à Görbersdorf, qui était alors une petite station de bain sans importance, il crut pouvoir affirmer que cet endroit jouissait d'une immunité absolue contre la phtisie, grâce à certaines propriétés du sol et du climat.

Nous ne pouvons accepter cette seconde vue théorique.

Il est vrai qu'il y a très peu de poussière à Görbersdorf. La nature granitique du terrain fait un sable lourd et grossier. Des pluies fréquentes entretiennent une très grande humidité de l'air et lavent le sol. D'autre part, on n'aurait jamais signalé de cas de contagion dans le personnel du service, qui est très nombreux (120 personnes environ). Cependant, quelque favorables que soient les conditions climatologiques d'une région, nous ne croyons pas à son immunité et nous avons trouvé insuffisantes les mesures prises, pour les crachoirs, par exemple. Car nous sommes loin de la règle de Dettveiler, qui renvoie impitoyablement tout malade surpris crachant par terre, après avoir été averti. Nous devons ajouter que le docteur Wolf paraît disposé à introduire ces réformes.

Donc, pensant avoir réuni les deux meilleures conditions (altitude et immunité), Brehmer créa son Sanatorium, réunit des malades, comprit la nécessité de les discipliner, entreprit de les suralimenter, de les aguerrir, de les fortifier par l'exercice, et peu à peu donna à son établissement le développement vraiment remarquable qu'il possède aujourd'hui.

Telle est l'origine de Görbersdorf. En terminant, nous rendons hommage à la mémoire de Brehmer, qu'il faut considérer comme le promoteur du traitement hygiénique de la phtisie et le maître auprès duquel nombre de phtisiothérapeutes sont venus s'instruire.

THÉRAPEUTIQUE

Sur le Sulfonal chez les aliénés (*suite*) (1) ;

par J. ROUBINOVITCH, interne à Ste-Anne.

Pour comparer l'action du sulfonal avec les autres hypnotiques, Ruscheweyh (2) a fait plusieurs expériences qui démontrent que les maniaques qui dormaient pendant huit heures consécutives, avec 2 à 3 grammes de sulfonal, supportaient sans aucun effet favorable 4 grammes de paraldéhyde et 3 gr. 1/2 d'hydrate d'amylène ; en outre, les mélancoliques auxquels on administrait 0 gr. 10 centigr. d'opium pour la nuit ne pouvaient pas dormir du tout, tandis que 1 gramme de sulfonal déterminait chez eux un sommeil durant plusieurs heures de suite.

Des effets négatifs (25 p. 100) et rarement des phénomènes fâcheux du sulfonal ont été observés par le Pr Kisch (3) (Prague-Marienbad). Il cite l'observation d'un neurasthénique chez lequel le chloral et la morphine ne pouvaient pas combattre l'insomnie ; à plusieurs reprises 2 grammes de sulfonal ont déterminé l'effet désiré ; mais, une fois, cette dose n'a pas agi et le malade a pris en plus 1 gramme ; sous l'influence de 3 gr. de sulfonal, il se sentait le lendemain matin profondément anéanti avec un pouls très lent et faible ; il a fallu employer des excitants pour faire disparaître ces phénomènes au bout de plusieurs heures. Il est très important, au point de vue pratique, de connaître l'influence des doses trop fortes de ce médicament, et nous avons trouvé une observation de Fischer (4) qui mérite d'être rappelée à ce point de vue. Il s'agit d'un morphinomane qu'on traitait par la suppression totale de la morphine et de la cocaïne et à qui on donnait journellement 2 grammes de sulfonal. Progressivement on commence à noter chez lui, au bout de plusieurs jours, des phénomènes ataxiques, d'abord dans les extrémités inférieures et ensuite dans les extrémités supérieures : ainsi, il ne marchait qu'en chancelant, en se tenant près des murs ; dans l'obscurité, l'incoordination des mouvements s'accentuait encore davantage ; son écriture est devenue tremblante et la parole difficile. Il est assez curieux de noter qu'il s'est produit en même temps une certaine obnubilation de la conscience, car le malade lui-même ne se rendait pas compte de ses troubles moteurs ; il niait même leur existence de la façon la plus formelle, lorsque le médecin se permettait d'attirer sur eux son attention. On a commencé alors à diminuer la dose du sulfonal d'une manière très lente, et les troubles moteurs ont disparu peu à peu, en même temps que la conscience du malade s'est éclaircie ; cependant, il ne pouvait jamais se rappeler les phéno-

(1) Voir *Progrès Médical*, n°.26, p. 514.

(2) Ruscheweyh.—*Zur Darreichung und Wirkung des Sulfonals* ; in *Neurol. Centralblatt*, n° 21, 1888.

(3) Prof. Kisch.—*Zur Kasuistik der Sulfonalwirkung.(Berlin. Klin. Wochenschrift.*, 1889. n° 7.)

(4) F. Fischer. — *Ueber die Wirkung übermässiger Dosen von Sulfonal.* (*Neurol. Centralblatt*, n° 7, 1889.).

© ANM

mènes ataxiques présentés par lui antérieurement, quoiqu'il se souvenait parfaitement des questions de son médecin à ce sujet. Cette observation montre l'inconvénient des doses agglomérées de sulfonal qui peut produire, dans ces conditions, une certaine intoxication peu grave d'ailleurs et disparaissant très rapidement aussitôt que l'on supprime l'administration du médicament.

Une observation analogue (chez un médecin morphinomane) a été publiée par Bornemann (1), avec cette particularité que dans le décubitus dorsal le malade éprouvait une sensation d'oscillation comme sur un bateau et que les phénomènes ataxiques persistaient pendant 4 jours. Nous devons citer aussi les résultats obtenus par Connolly Norman (2) qui a employé le sulfonal chez 24 aliénés. Il constate un effet favorable chez 22, parmi lesquels deux résistaient à tous les autres narcotiques connus. La majorité des cas traités était constituée par des mélancoliques qui, grâce à ce médicament, devenaient plus calmes et pouvaient dormir d'un sommeil naturel, dépourvu de toute espèce de rêves; au réveil aucun phénomène insolite.

Mme Boutschinsky (3), médecin de l'hospice d'aliénés de Saint-Nicolas, à Saint-Pétersbourg, rapporte 22 observations qui, presque toutes, accordent au sulfonal une action soporifique supérieure à d'autres médicaments analogues. D'après cet auteur, les contre-indications seraient : l'artério-sclérose, la dégénérescence graisseuse du cœur, l'hyperémie cérébrale et les inflammations des méninges ou de l'encéphale. Il émet, en outre, l'hypothèse que le sulfonal produit une hyperémie cérébrale ; dans plusieurs cas, l'administration de ce médicament était suivie d'une accélération du pouls et d'une excitation psychique générale ; en outre, dans un cas, l'auteur aurait noté du myosis et de l'exagération du phénomène du genou. Dans un cas, avec la dose de 5 gr., nous avons pu observer l'exactitude des phénomènes du côté du pouls.

En France, le sulfonal a été expérimenté chez les aliénés, pour la première fois, par M. Samuel Garnier (4) qui a recueilli 17 observations très complètes, concluant à l'efficacité hypnotique incontestable de ce médicament à la dose de 2 à 5 grammes ; M. Garnier a expérimenté en plus sur lui-même, son interne et le surveillant en chef de l'asile qu'il dirige, et, dans tous ces cas, le sommeil était normal et le réveil n'était suivi d'aucun phénomène désagréable. L'auteur insiste, avec juste raison, sur ce fait que la dose, pouvant provoquer un sommeil d'une durée donnée, varie d'un individu à un autre ; aussi, pour déterminer cette dose chez les malades, il est essentiellement nécessaire de tenir compte de toutes les circonstances relatives au patient et notamment du sexe, de l'âge, de l'état général, du degré de son anxiété ou de son excitation. Les contre-indications seraient, pour M. Garnier, les formes congestives de la folie.

A la suite de ce travail et aussi des notes de MM. Pachoud et Claret (de Suisse) et de Funaioli et Raimondi (de Sienne), M. Marandon de Montyel (1) a fait une communication à la Société médico-psychologique sur « les dangers du sulfonal ». Pour lui, le sulfonal est inefficace à 2 grammes et toxique à 4 grammes. Sur vingt et un aliénés, savoir : onze vésaniques, deux déments séniles, quatre paralytiques, un épileptique et trois alcooliques, auxquels on administrait de 3 à 4 gr. de sulfonal, ce médecin a relevé des symptômes alarmants du côté de l'intelligence dans vingt cas, des troubles graves de la motilité (des parésies et presque des paralysies) dans vingt cas également, du côté de l'estomac (nausées, vomissements) dans huit cas ; du côté de l'intestin (diarrhée) dans sept cas, et enfin du côté de la cénesthésie une sensation très pénible de froid intense avec violents frissons dans neuf cas ; il conclut que le sulfonal aux doses indiquées (3, 4 gr.) doit être sévèrement proscrit de la thérapeutique des aliénés.

Mon excellent maître, M. Aug. Voisin (2), a cité, dans la séance du 27 mai 1889 de la même année, sept observations des malades de son service à la Salpêtrière chez lesquelles le sulfonal, à la dose de 1 gr. à 1 gr. 50, déterminait un sommeil, pendant une moyenne de 6 à 9 heures, sans cauchemars, sans malaise au réveil, sans troubles digestifs, ni aucun symptôme d'intoxication.

D'un autre côté, M. le Pr Mairet (3) (de Montpellier), a expérimenté également sur les aliénés au nombre de 32, dont 25 femmes et 7 hommes. Tant qu'il donnait le sulfonal à un malade toujours à la même dose (2 à 3 grammes), il obtenait souvent une action hypnotique très efficace, mais, dès le troisième jour, il observait des phénomènes insolites, tels que : pâleur de la face, fatigue, perte de l'appétit, quelquefois des vomissements et, dans plusieurs cas, de la peine à marcher ; il est vrai que ces signes secondaires disparaissaient 24 ou 48 heures après la suppression du médicament. L'auteur a modifié alors le mode d'administration : il donne le sulfonal à dose élevée (2, 3, 4 grammes selon les indications) pendant un jour seulement, tandis que les jours suivants il ne le donne qu'à dose beaucoup plus faible (1 gramme, 0 gramme 50 centigr.). Chez douze malades, il a employé le sulfonal de cette manière et 10 fois il lui a donné des résultats absolument favorables et pendant très longtemps. Il conclut que le sulfonal lui paraît appelé à jouer un rôle considérable en aliénation mentale, que ce médicament réussit aussi bien dans les insomnies liées à des lésions fonctionnelles comme à des lésions organiques du système nerveux ; qu'il réussit même lorsque l'agitation est portée très loin et dans les cas où tous les autres hypnotiques ont échoué, à condition d'employer le mode d'administration qu'il préconise, afin d'éviter les effets secondaires.

M. le Dr Séglas (4) a expérimenté le sulfonal chez un morphinomane de 50 ans et, même à la dose de 3 gr., il n'a pu obtenir aucun effet soporifique ; il a observé,

(1) Bornemann. — *Ein Fall von Sulfonal intoxication.* (*Deutsche Medicin. Zeit.*, 1888, n° 25).

(2) Connolly Norman. — *Sulphonal.* (*The Dublin Jour. of Med. scien.* Janv., 1889).

(3) Mme Boutschinsky. — *Quelques observations sur l'action du sulfonal chez les aliénés* (en russe). (*Journal du prof. Merjéëvsky*, 1889, Fasc. I, p. 170.)

(4) Samuel Garnier. — *Note sur le sulfonal et son action somnifère* (*Progrès médical* du 13 oct. 1888, p. 254). — Même auteur. *Du sulfonal et de la valeur de son emploi comme hypnotique chez les aliénés.* (*Annales médico-psychologiques*, 1889, nos 1 et 2, t. IX).

(1) Marandon de Montyel. — *Des dangers du sulfonal.* (*Annales médico-psychol.*, 1889, n° 3, t. IX). — Même auteur. *Recherches cliniques sur le sulfonal chez les aliénés.* (*France médicale*, 1889, 133-137).

(2) M. Aug. Voisin. — *Du sulfonal.* (*Annales médico-psychologiques*, 1889, n° 1, t. X).

(3) M. A. Mairet. — *Etude physiologique du sulfonal.* (*Bull. médical*, nos 16 et 17, 1889). — Même auteur. *Action thérapeutique du sulfonal.* (*Bull. médical*, nos 25 et 26, 1889).

(4) Voir l'Obs. XXXIV dans la thèse du Dr Deuthuille : *Etude sur le sulfonal.* Paris, 1889.

© ANM

au contraire, des phénomènes insolites tels que : engourdissement, vertiges.... On voit donc que la question de l'action du sulfonal chez les aliénés est très discutée, c'est ce que constate le Pr G. Sée dans sa XXXIXe clinique (1) consacrée à ce nouveau médicament.

Voyons maintenant les résultats que nous avons observés nous-même sur 24 malades (femmes), dont 6 atteintes de manie chronique, 3 de mélancolie, 5 de démence, 2 de paralysie générale, 4 d'hystérie avec délire, 2 de manie aiguë, 1 d'apoplexie cérébrale, 1 d'alcoolisme.

On comprend facilement qu'il n'était pas toujours facile d'examiner avec toute l'attention, chez nos aliénés en observation, le pouls, la t°, la respiration, l'urine, etc... Souvent, en présence d'une malade endormie, nous craignions de la réveiller par un examen intempestif. Ce n'est que dans quelques cas seulement, particulièrement favorables, que nous avons pu appliquer le sphygmographe, le thermomètre et examiner avec soin les urines ; dans la majorité des cas, nous étions forcés de nous contenter d'un examen clinique ordinaire et de constater les faits principaux suivants : 1° le médicament a-t-il été réellement absorbé par la malade ? 2° quelle dose a été absorbée ? 3° combien d'heures après l'ingestion du sulfonal la malade s'est-elle endormie ? 4° combien d'heures a-t-elle dormi ? 5° quels étaient les phénomènes insolites qui accompagnaient ou qui suivaient l'administration du sulfonal. Dans un certain nombre de cas, lorsque ce médicament était employé assez longtemps, on pesait les malades au commencement et à la fin du traitement, dans le but de déterminer si le sulfonal avait une action fâcheuse sur la nutrition générale.

Le sulfonal dont nous nous servions venait de la Pharmacie centrale des hôpitaux et hospices, et, d'après les renseignements pris, c'était du sulfonal Bayer. Pour éviter les répétitions, disons que le médicament était administré par nous-même, tantôt sous forme de poudre cachée dans du pain azyme, et dans ce cas on donnait à la malade à boire (immédiatement après l'ingestion) un ou deux verres de tisane ou du bouillon tiède ; tantôt, chez les malades difficiles, nous mettions le sulfonal dans leur potage ou dans leur vin. Généralement, c'est entre 5 et 7 heures du soir que nous administrions le médicament, et dans tous les cas au commencement du repas. Nous faisions ensuite des rondes à des heures déterminées de la nuit pour noter l'état des sujets soumis au traitement.

Ceci dit, passons à l'exposition des résultats obtenus en commençant naturellement par des observations qui ont pu être conduites d'une façon plus complète et pendant une période assez longue.

Observation I. — M....y Marie-Louise, âgée de 21 ans, employée au Crédit Lyonnais, est atteinte d'alcoolisme subaigu. Père alcoolique. Elle-même se présente avec un facies légèrement boursouflé et un tremblement des membres. Elle ne repose pas la nuit : un lion et un tigre la poursuivent, elle les voit remuer continuellement : tantôt ils sont dans le jardin, tantôt ils se trouvent à côté de son lit. Par moment elle sent autour de sa gorge un serpent qui la serre et l'étouffe ; quelquefois elle se voit entourée de chiens et de cerfs : c'est comme un kaléidoscope, où les figures se succèdent dans un mouvement perpétuel. La couleur de ces visions est toujours la même : noire. C'est à 5 heures du soir qu'elles se montrent ; elles durent toute la nuit et vers les 8, 9 heures du matin se dissipent en pâlissant. Pas de troubles appréciables du côté de la sensibilité cutanée. Pas de rétrécissement du champ visuel. Sueurs nocturnes et crampes dans les mollets. Renvois, gaz, pituites matutinales. Faisait des excès de vulnéraire et de vin.

Avant de la soumettre au traitement par le sulfonal, nous l'avons pesée (102 livres 1/2), examiné son pouls et ses urines ; ces dernières, au point de vue de leur densité qui variait entre 1015 et 1017, de leur quantité en 24 heures qui est de 1 litre 1/2 et de leur richesse en urée dosée avec l'uréomètre du Dr Noël, qui est de 23 à 24 grammes par 24 heures. Le tracé sphygmographique du pouls ne présente rien d'anormal.

Le 15 décembre, son sommeil étant toujours très insuffisant et agité malgré les bromures et le chloral à la dose de 1 gr. à 1 gr. 50 centigrammes, nous lui donnons, dans une tasse de bouillon tiède, 1 gramme de sulfonal, à 7 heures du soir. Deux heures après elle dormait et paraissait calme. A 10 heures du soir nous l'avons trouvée éveillée et hallucinée comme d'habitude : c'était le lion et le tigre qui voulaient se jeter sur elle. A minuit et demi nous l'avons retrouvée calme, profondément endormie. Ce sommeil a duré deux heures, et à partir de 3 heures du matin elle est de nouveau en présence des lions et des tigres. Elle a dormi, en somme, trois heures durant la nuit du 15 au 16 décembre. Le matin elle était fatiguée comme d'habitude, mais nous n'avons constaté aucun phénomène insolite. Nous avons continué le traitement pendant quinze jours en variant les doses de 1 à 2 grammes comme on le voit très nettement dans le petit tableau suivant :

Obs. I. — M.....y. — *Alcoolisme subaigu.*

Jour d'administrat° du sulfonal.	Dose.	Combien d'heures après M.....y s'est-elle endormie ?	Combien d'heures a-t-elle dormi ?	Phénomènes insolites concomitants ou consécutifs.
15 déc. 89	1 gr.	2 h. après.	3 h.	—
16 —	1 gr.	1 h. 1/2	4 h.	—
17 —	1 gr.	2 h.	6 h.	—
18 —	1 gr.	2 h.	4 h.	—
19 —	2 gr.	2 h.	7 h. 1/2	—
20 —	2 gr.	1 h.	4 h.	Le 21, le mat., étourdissement et céphalalgie ; à midi le malaise a disparu.
23 —	1 gr.	2 h.	6 h.	—
26 —	2 gr.	2 h.	9 h.	—
27 —	0	—	8 h.	—
28 —	0	—	8 h.	—
29 —	0	—	8 h.	—
30 —	0	—	7 h.	—

Ce tableau montre d'abord qu'avec 1 à 2 grammes de sulfonal on a pu provoquer un sommeil durant de trois à neuf heures et qui arrivait généralement une ou deux heures après l'administration du médicament ; il montre encore que la dose de 2 grammes répétée deux fois de suite a déterminé chez M...y un petit malaise caractérisé surtout par une céphalalgie fronto-pariétale et une sensation de léger étourdissement ou d'ivresse, phénomènes qui se sont dissipés six heures après ; de plus, les jours intercalaires où le malade ne prenait pas de sulfonal (les 21, 22, 24...), elle dormait de deux à huit heures ; mais ce qui est surtout instructif, c'est le rétablissement du sommeil normal, car, à partir du 27 décembre, on a supprimé complétement le sulfonal et malgré cela elle continuait à dormir les nuits suivantes pendant un nombre d'heures assez suffisant : de sept à huit heures. Le sommeil obtenu était calme, dégagé de tout cauchemar, et à partir du 17 décembre les visions qui apparaissaient en dehors du sommeil ont perdu de leur intensité ; à partir du 24 décembre la malade n'avait plus d'hallucinations.

A mesure que son sommeil devenait meilleur, l'état général s'améliorait et le 31 décembre on a pu constater que son poids a augmenté de plusieurs livres, elle pesait ce jour 53 kilogs. La quantité d'urines de 24 heures n'a pas changé ; leur densité était de 1016 ; l'urée dosée avec le même appareil était de 26 grammes en 24 heures. Le tracé sphygmographique paraissait identique à celui du 15 décembre. (*A suivre*).

(1) G. Sée.— *Nouveaux somnifères : sulfonal.* Leçon recueillie par M. Marquezy. (*La Médecine moderne*, 1890, n. 23, p. 441).

© ANM

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

De l'Impôt sur les Spécialités pharmaceutiques et les Eaux minérales.

Nous terminions notre article précédent en disant que M. Léon Say, au temps où il était ministre des finances, n'avait pu, quelque désir qu'il en eût, élaborer un projet de loi établissant un impôt sur les spécialités pharmaceutiques « faute d'une définition pouvant entrer dans une loi d'impôt. » M. Rouvier n'en a pas trouvé davantage. Le Comité consultatif d'hygiène publique de France, consulté d'urgence (21 octobre), ne lui a rien apporté de nouveau. Cette base indispensable faisant défaut, place le projet de M. Rouvier dans une fausse posture. Bien d'autres raisons d'ailleurs peuvent être invoquées contre son projet. Nous allons les exposer aussi sommairement que possible. Chemin faisant se trouveront réfutés les arguments de l'Exposé des motifs qui précède la loi.

M. le Ministre invoque l'exemple de l'Angleterre : il oublie que la situation est loin d'être la même. En France, les spécialités ne sont pas admises à être brevetées et l'Etat ne poursuit pas les contrefaçons comme en Angleterre. Dans ce pays, d'ailleurs, l'impôt ne rapporterait que 6 millions (1).

Au dire de M. le Ministre, cette nouvelle branche d'industrie représenterait un chiffre d'affaires très important et réaliserait d'énormes bénéfices. Il semble avoir accepté comme sérieux les chiffres de M. de Lorgeril qui estimait à 150 millions de francs le prix de vente des spécialités et à 36 millions l'impôt qu'on pouvait en tirer. Ces évaluations ont été même portées par d'autres à un chiffre beaucoup plus élevé, plus de 200 millions. Les renseignements que nous possédons sur la vente des spécialités pharmaceutiques nous paraissent démontrer qu'il faut en rabattre, et dans une forte proportion. L'un des hommes les plus experts en ces matières nous affirme que la vente des spécialités ne dépasse point 40 millions. Ce chiffre se rapproche de l'évaluation donnée par M. Crinon, rédacteur du *Répertoire de pharmacie*. D'après lui, pour que la taxe de 8 0/0 proposée par M. Rouvier produisit 12 millions, il faudrait que la vente des spécialités pharmaceutiques atteignit le chiffre énorme de 240 millions. Or, le chiffre d'affaires des fabricants de spécialités ne dépasse pas, selon lui, 36 millions, dont 12 millions pour la France et 24 millions pour l'étranger. On ne pourrait donc en tirer comme impôt que 1.700.000 fr. Il y a loin de là aux 12 millions attendus si impatiemment par M. le Ministre des finances.

Cette évaluation de 36 à 40 millions nous paraît se rapprocher de la vérité, si l'on en juge d'après les renseignements publiés chaque année par le service des douanes, en ce qui concerne l'exportation des médicaments composés. Leur exportation, qui était de 12,282,635 francs en 1880, a dépassé un peu 14 millions en 1889. Voici les chiffres des quatre dernières années :

Années.	Eaux distillées alcooliques.	Eaux distillées sans alcool.	Médicaments autres.	Totaux.
	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.
1887	141.310	274.362	12.600.745	13.019.417
1888	330.370	316.729	12.921.555	14.568.654
1889	202.015	272.534	14.891.609	14.366.143
1890 (9 mois).	214.500	220.380	10.242.900	10.677.780

Si cette statistique comprend bien toutes les spécialités pharmaceutiques, il en ressortirait un nouvel argument capital contre le projet de loi (1).

On a dit que certains spécialistes avaient des bénéfices scandaleux. Nous croyons que c'est là un fait exceptionnel s'appliquant à des spécialités, en général douteuses, qui devraient peut-être être frappées s'il était possible d'établir une distinction. On ne parle pas des pharmaciens qui, ayant voulu devenir spécialistes, se sont ruinés après avoir éprouvé de nombreux déboires. En général, nous le reconnaissons, les bonnes spécialités réalisent des bénéfices honorables qui sont la récompense d'un labeur persistant. L'une des maisons les plus importantes de Paris, ayant 70 ans d'existence, n'a pas encore encaissé les 75 millions que Mme Boucicaut a laissés après vingt ans. Beaucoup de spécialistes ne réalisent qu'un bénéfice net de 8 à 10 0/0. Les plus avantagés arriveraient de 12 à 15 0/0. Par rapport à beaucoup d'autres industries, ces bénéfices n'ont vraiment rien d'exagéré.

Les pharmaciens spécialistes ont des frais considérables d'exploitation et de publicité. M. le ministre en a-t-il tenu compte dans ses calculs ? Ces frais cependant sont indispensables, car sans publicité les produits ne se vendraient pas. Cette publicité procure des ressources aux journaux et fournit à ceux-ci le moyen de réaliser des progrès et de se vendre meilleur marché. De plus, afin de défendre leurs intérêts à l'étranger, les pharmaciens français sont obligés de faire de grandes dépenses, d'envoyer des représentants et d'entretenir sur place des agents pour surveiller et entraver la contrefaçon que l'Etat français ne pourra jamais réprimer sérieusement. Si, en vue d'augmenter le rendement de l'impôt projeté, l'Etat voulait poursuivre les contrefaçons il en résulterait des frais et des embarras qui pourraient être assez considérables. Une autre considération à faire valoir, c'est que les spécialistes, étant pharmaciens, ont fait des études longues et coûteuses, ce qui vient encore justifier, dans une certaine mesure, les bénéfices qu'on leur reproche.

Au point de vue économique, on ne peut que se féliciter de l'extension relative prise par l'exportation des spécialités pharmaceutiques françaises. Elle est, au reste, tout à fait justifiée, car pendant l'Exposition internationale de 1889 les produits exposés dans la classe 45 ont démontré surabondamment la supériorité des

(1) Les spécialités françaises ne comprenant que des médicaments simples ne seraient pas soumises à la patente.

(1) Nous devons faire des réserves sur l'exactitude *absolue* de ces chiffres qui se rapportent peut-être uniquement aux expéditions faites *directement* par les producteurs, une certaine quantité de produits, dont les droits figurent sans doute ailleurs, étant expédiée avec des objets de toutes sortes par les *commissionnaires*.

© ANM

préparations pharmaceutiques françaises sur celles des autres nations (1).

Il y a donc un intérêt général à favoriser leur vente à l'intérieur et leur exportation. A ce dernier point de vue, le langage du ministre nous paraît aller à l'encontre du but qu'il poursuit : il jette en effet le discrédit sur les spécialités pharmaceutiques françaises. On se servira de son langage dangereux contre elles, d'où une diminution du chiffre des exportations (2).

D'habitude, pour augmenter l'importance des transactions commerciales de leur pays, les ministres des Finances et les Chambres libèrent de toute taxe intérieure les produits destinés à l'exportation (3). Le projet de loi actuel ne tient pas compte de ce principe économique. M. Rouvier, qui reconnaît que l'exportation des produits français est prospère, en est si touché qu'il imagine un projet destiné à imposer cette industrie. Singulier moyen de contribuer à sa prospérité !

D'un autre côté, si, comme on nous l'affirme, beaucoup de pharmaciens spécialistes, répondant au désir de leurs dépositaires étrangers, ne mettent pas le prix de vente sur les étiquettes de leurs produits, comment établira-t-on l'impôt ? Si le gouvernement exige que le prix soit indiqué, n'est-il pas à craindre que les dépositaires en question ne refusent de recevoir les produits français ?

L'*Exposé des motifs* pourrait faire supposer que les pharmaciens spécialistes sont privilégiés, que, différents en cela du reste des citoyens, ils ne paient pas d'impôts. Nous rappellerons avec M. Dechambre (4) que la plupart des matières premières utilisées pour les spécialistes, et en particulier les trois substances que l'on emploie le plus, sont déjà très surchargées : « les aromates ont été surtaxées ; les sucres plus surtaxés que les aromates ; l'alcool plus surtaxé que le sucre (5) », sans compter, ajouterons-nous, que les pharmaciens spécialistes paient aussi des patentes atteignant un chiffre sérieux, portant sur les locaux industriels, le nombre des ouvriers employés, l'habitation personnelle, etc. Donc, les pharmaciens contribuent dès maintenant aux charges publiques, sans compter que les transactions qui se font à l'occasion de leurs spécialités apportent chaque année des ressources au Trésor (6).

Les adversaires des spécialités pharmaceutiques prétendent que les pharmaciens spécialistes n'ont en rien contribué aux progrès de la thérapeutique, que les spécialités n'ont aucun avantage pour la pratique médicale, pour les malades, pour l'hygiène et la santé publique. Il est facile de répondre sur ces différents points. Pelletier, à qui l'on doit le sulfate de quinine, était un spécialiste. L'inventeur de la Pelletiérine est un spécialiste. Il en est de même de l'ergotinine, de la colchicinine, du sulfonal, de l'hydrate de chloral, des peptones, etc. L'Académie de médecine, en donnant son approbation à de nombreuses préparations, n'a-t-elle pas reconnu elle-même que leurs auteurs avaient réalisé une amélioration dans le mode de fabrication de ces médicaments ? La capsulation des médicaments, les cachets médicamenteux, qui permettent d'administrer plus facilement de nombreuses substances et qui rendent tous les jours de si grands services, ont été inventés par des spécialistes. Bien d'autres exemples pourraient être invoqués. Nous nous bornerons à rappeler les spécialités qui ont pour but de faciliter l'administration des médicaments chez les enfants.

Ceci nous amène à montrer que les spécialités pharmaceutiques offrent de nombreux avantages aux médecins praticiens. En effet, ils trouvent en elles des préparations perfectionnées, fabriquées soigneusement et d'une manière identique, avec des produits d'autant meilleurs qu'ils sont renouvelés très fréquemment, et, ce qui ne gâte rien, d'une administration commode.

Si l'on examinait la plupart des ordonnances des professeurs des Facultés de médecine et des médecins des hôpitaux, on verrait que les spécialités y figurent souvent. Il n'est guère de pharmacien, propriétaire d'une bonne spécialité, qui n'ait eu l'occasion de fournir de ses produits à ces médecins distingués, soit pour eux, soit pour leurs familles. Les praticiens les plus modestes, ceux qui exercent dans les campagnes les moins favorisées et qui sont obligés de faire en même temps de la pharmacie, trouvent dans les bonnes spécialités des avantages considérables. Sachant qu'ils peuvent les prescrire en toute sécurité, ils économisent ainsi un temps précieux qu'ils seraient obligés de passer à faire eux-mêmes les préparations correspondantes.

Les malades, cela ressort déjà des considérations qui précèdent, ont, eux aussi, un bénéfice dans l'usage des spécialités pharmaceutiques. L'emploi de substances irréprochables, analysées préalablement, rectifiées et purifiées, est une garantie pour eux. Un grand nombre de spécialités coûtent moins cher que le produit fabriqué par le pharmacien. « Les spécialités au-dessus de 2 francs sont toujours meilleur marché, dit *le Praticien*, que les préparations faites extemporanément par les pharmaciens. » Le projet de loi, s'il était adopté, rendrait plus difficile la vulgarisation de ces « bonnes et honnêtes, de ces fidèles préparations spéciales » que M. le Dr Besnier regrette de n'avoir pas à sa disposition dans son service de l'hôpital Saint-Louis (1). » Les malades ne tireront même du projet aucune garantie : les produits d'imitation se feront timbrer, comme les véritables, et la loi, ayant pour but d'augmenter les ressources du trésor, on se préoccupera bien moins de la sincérité des produits que de leur rendement.

Grâce aux progrès de l'hygiène, chacun se soucie beaucoup plus aujourd'hui qu'autrefois de la salubrité

(1) Voir à ce sujet une brochure qui vient de paraître *Sur les spécialités pharmaceutiques*.

(2) Voir le dernier numéro du *Progrès médical*, page 308.

(3) C'est ainsi qu'en Angleterre il n'est rien prélevé sur les médicaments brevetés à destination de l'étranger.

(4) Voir dans le dernier n° du *Progrès* l'opinion de M. Dechambre.

(5) Les alcaloïdes, les vins, etc., paient également des droits.

(6) La publicité faite par les pharmaciens par l'envoi soit de journaux spéciaux, soit de prospectus, soit d'échantillons rapporte chaque année des sommes importantes à l'administration des postes, partant au ministère des finances. Nous connaissons une maison qui l'an dernier a fait gratuitement quatre services de 20.000 échantillons à des médecins français et étrangers pour essai. Ces échantillons seront-ils soumis à l'impôt ? Si oui, les pharmaciens ayant à payer frais de poste et frais de timbre supprimeront ou diminueront ce mode de publicité, ce qui réduira les recettes des postes.

(1) Voir à la page 308 du dernier numéro du *Progrès médical* un extrait de la lettre de M. le Dr Besnier.

© ANM

de son logement et de sa santé personnelle. On fait un usage fréquent de solutions désinfectantes, de produits hygiéniques; on accepte sans répugnance les pratiques de désinfection à la suite des maladies. En augmentant le prix des solutions désinfectantes spécialisées par les pharmaciens, on apporte des entraves à une pratique excellente qui commence à peine à entrer dans nos mœurs.

Il nous faut maintenant examiner si les spécialités pharmaceutiques causent aux pharmaciens ordinaires un préjudice aussi considérable que certains le prétendent. Les ordonnances des médecins contiennent toujours des médicaments que le pharmacien doit préparer lui-même; les spécialités y figurent très généralement en moindre proportion que ceux-là. Sur les spécialités le pharmacien a un bénéfice, moindre il est vrai que s'il confectionnait lui-même le médicament, mais en revanche il économise son temps. Beaucoup de pharmaciens offrent spontanément des spécialités et cela en dehors de toute prescription médicale. Si l'on pouvait distraire des pharmaciens opposés aux spécialités ceux qui agissent et parlent uniquement par jalousie et ceux qui n'ont pas réussi dans leurs essais de spécialités, on verrait que le nombre des pharmaciens adversaires des spécialités est restreint. Et il le devient de plus en plus. C'est qu'en effet la plupart des pharmaciens intelligents, actifs, chercheurs, s'ils n'ont pas de spécialités, susceptibles de rivaliser avec celles des grandes maisons, ont des préparations spécialisées, fabriquées par eux-mêmes, qu'ils répandent dans leur clientèle, parfois même au détriment des spécialités ordonnées par le médecin ou demandées par le client. Il nous serait facile d'en donner des preuves nombreuses, tirées de notre pratique quotidienne. Comment le fisc les atteindra-t-il ? Comment frappera-t-il aussi les spécialistes des urinoirs, assurément peu dignes d'intérêt?

La chimie, sans cesse en évolution, fournit chaque jour à la thérapeutique des alcaloïdes nouveaux que le médecin prescrit, en espérant mieux que des médicaments anciens, dans les cas difficiles où ses efforts sont demeurés impuissants. Ces médicaments, les spécialistes en fournissent des préparations prêtes à être administrées. Si le pharmacien de province veut fabriquer lui-même ces préparations, il est obligé de se procurer une certaine quantité de ces substances, souvent coûteuses, courant le risque de ne plus avoir l'occasion d'employer ce qui lui reste qu'au bout d'un temps plus ou moins éloigné, alors qu'il sera avarié. « Dans ce cas, dit la *Gazette des hôpitaux* de Toulouse, la potion revient cher au pharmacien et il devient, par un retour inattendu, l'ami des spécialistes. »

D'après la première rédaction du projet, non seulement les spécialités pharmaceutiques, mais tous les produits de parfumerie et les eaux de toilette étaient imposés (*Temps*, *Mercure scientifique*, etc.). « Les parfumeurs, dit le *Journal des connaissances médicales*, ayant démontré que cet impôt ne pouvait leur être appliqué », le ministre a rédigé un nouveau projet qui porte: « Timbre sur les spécialités pharmaceutiques, *même* hygiéniques ou de toilette. » De telle sorte que l'eau de Cologne de Jean-Marie Farina, vendue chez les épiciers ou les parfumeurs, ne sera pas imposée, mais, vendue par des pharmaciens qui l'auront rendue hygiénique et spécialisée, elle paiera l'impôt. Est-ce raisonnable ? Est-ce bien conforme aux principes de justice qui doivent diriger la conduite d'un gouvernement républicain ? Quoi qu'il en soit, afin de remplacer le déchet provenant de l'exonération des produits de parfumerie, M. le Ministre des finances propose d'adjoindre les eaux minérales aux spécialités pharmaceutiques.

Ceci nous amène à dire un mot des eaux minérales. Le Comité consultatif d'hygiène a été invité par la commission du budget et le ministre de l'intérieur à donner son avis. Le rapporteur, M. A. Proust, concluait à l'imposition d'une taxe sur les eaux minérales, consistant en un timbre apposé sur chaque bouteille par des agents du ministère des finances. Cette taxe, très minime, ne devant pas dépasser 5 centimes par bouteille, était considérée comme constituant un certificat d'origine de l'eau, destiné surtout à en garantir l'authenticité et à s'opposer aux contrefaçons. Ce projet, défendu par MM. Brouardel et Proust, a été combattu par MM. Dupré, Cornil, Pallain et nous. Ces derniers ont mis en relief les graves préjudices que l'impôt porterait à la vente des eaux minérales comme eaux de table et eaux médicinales. Ils ont rappelé que le Comité avait toujours prôné l'utilité de l'emploi des eaux minérales naturelles qui représentent les eaux les plus pures et les moins suspectes de contamination. Une mesure qui en restreindrait l'emploi serait en opposition directe avec les règles mêmes de l'hygiène professées par le Comité. Un impôt minime de cette nature suffirait d'ailleurs à peine à couvrir les frais de l'inspection des eaux minérales.

A la majorité de 13 voix contre 11 le projet d'impôt ou de taxe sur les eaux minérales a été rejeté. Ce vote est conforme à celui que le Comité avait émis déjà en 1875. Nous rappellerons, à ce propos, que le premier rapporteur, M. Gavarret, se félicitait de l'abaissement des tarifs de transport qui avait contribué « pour une large part à l'extension de la consommation des eaux minérales. » Cet abaissement n'était pourtant que d'*un* centime. Les avantages qu'il avait produits disparaîtraient certainement en présence d'une taxe de CINQ centimes. Le résultat serait donc absolument opposé à celui que poursuit le Comité d'hygiène.

Nous venons de voir que les frais de perception de la taxe des eaux minérales ne feraient que compenser le produit de cette taxe. M. Rouvier n'a pas indiqué quelles seraient les dépenses de perception de l'impôt sur les spécialités pharmaceutiques. Nous espérons qu'il se trouvera un membre de la Commission du budget assez curieux pour lui demander des explications sur ce point. Nous pouvons assurer que ces dépenses seront certainement considérables : « Il faudra, dit le *Moniteur scientifique*, créer une légion de fonctionnaires nouveaux pour aller fouiller chez tous les dépositaires, pharmaciens, herboristes, parfumeurs qui détiennent, en plus ou moins

© ANM

grande quantité, les spécialités hygiéniques ou de toilette antiseptiques, rentrant dans la catégorie des produits que l'on veut surtaxer. » Cet impôt, qui nécessitera de fréquentes visites chez tous les pharmaciens, sera d'autant plus vexatoire que les agents du fisc seront incapables de différencier une marque obligatoirement soumise au timbre de sa contrefaçon qui en sera exemptée.

Lorsqu'il s'est agi de modifier l'impôt des patentes sur les grands magasins, le gouvernement, avec raison, a demandé des explications à leurs directeurs. L'équité exigeait qu'il fit de même vis-à-vis des principales maisons de spécialités pharmaceutiques. Peut-être aussi aurait-il dû réclamer l'avis de nos consuls et de nos chambres de commerce à l'étranger au sujet de l'exportation et consulter les statistiques du service des douanes. Après ces différentes consultations, le gouvernement aurait eu les éléments d'une solution sérieuse dans un sens ou dans l'autre et ne marcherait pas à l'aventure. « Ce sera, dit le *Journal l'Economiste*, une statistique curieuse que celle de cet impôt, si on l'établit. » Nous le croyons sans peine.

A l'heure actuelle, le projet nous semble très compromis. D'une part, les spécialités de parfumerie et de toilette étant écartées ; d'autre part, les eaux minérales étant probablement exemptées; en troisième lieu, les frais de perception paraissant devoir être considérables ; enfin, la matière imposable n'étant plus de 200 millions, comme on le supposait un peu à la légère, mais seulement d'environ 40 millions, on se demande ce qui restera de la recette de 12 millions prévue par M. le Ministre des finances.

L'impôt proposé frapperait l'hygiène et la santé publique, causerait un préjudice aux malades et nuirait au commerce français. Nous espérons que la commission du budget d'abord, puis la Chambre des Députés et le Sénat, repousseront cet impôt sur les malades et les maladies et sauront inviter M. le Ministre des finances à trouver un impôt plus démocratique, s'il lui est réellement impossible de réaliser les économies que l'on était en droit d'attendre du gouvernement. BOURNEVILLE.

Le lecteur trouvera à la page 326 la suite de l'exposé des opinions de la presse médicale sur le projet en discussion.

INFLUENZA EN ALLEMAGNE. — L'influenza a fait sa réapparition à Berlin. Elle a frappé tout d'abord les chevaux de la garnison de Postdam, et maintenant elle atteint les hommes. Toutefois, jusqu'à ce jour, elle paraît bénigne.

EPIDÉMIE DE VARIOLE. — A Pernambouc (Brésil), l'épidémie de variole diminue. La personne qui a renseigné à cet égard l'administration française prétend que, pendant ses visites à l'hôpital, elle a été toute surprise de voir les médecins se faire précéder et suivre par des hommes portant des réchauds sur lesquels on faisait brûler des désinfectants. La religieuse qui accompagnait le correspondant du Conseil d'hygiène lui ayant demandé s'il voulait prendre les mêmes précautions, il a refusé, disant qu'un semblable appareil n'était fait que pour effrayer le malade et qu'il n'avait jamais vu les médecins s'entourer d'un tel nuage de fumée au moment de leur visite.

ASILES D'ALIÉNÉS DE FRANCE. — *Nominations.* — M. le docteur BRUN, médecin-adjoint, est nommé médecin en chef de l'asile d'aliénés de Broy, en remplacement de M. Max Simon, qui prend sa retraite.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 25 octobre 1890. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

M. FÉRÉ. — *Sur l'éternuement réflexe par excitation lumineuse.* — On admet en général que ce réflexe a pour voie centripète les nerfs ciliaires. Il se produit quand les narines sont dans un certain état de sécheresse, comme celui qui accompagne le coryza au début. Il ne se produit pas immédiatement après l'excitation lumineuse, mais on a le temps de faire quelques pas parfois, quand il survient pendant la marche. En luxant les quatre points lacrymaux avec des serres fines chez les individus qui sont sujets à ce réflexe, et en empêchant ainsi l'écoulement des larmes dans les fosses nasales, on supprime tout éternuement. Il est donc probable que ce réflexe est double ; l'excitation lumineuse amène la sécrétion de larmes qui provoquent l'éternuement quand elles arrivent dans les fosses nasales.

M. GELLÉ. — L'excitation lumineuse prolongée peut provoquer un véritable coryza.

M. GRÉHANT. — *Sur un appareil enregistreur de l'énergie des mouvements musculaires.* — Il se compose essentiellement d'une règle d'acier, d'assez grandes dimensions, fixée d'une manière invariable à l'une de ses extrémités. L'autre, munie d'un style à écrire, peut être approchée au contact d'un cylindre enregistreur de Marey. Cette règle est fixée à un ressort sur lequel s'exerce l'effort musculaire. La déviation de la règle s'enregistre naturellement. On fait ensuite supporter au ressort, à l'aide d'une poulie de réflexion, des poids en quantité suffisante pour obtenir un graphique semblable au premier. L'effort musculaire est ainsi exactement évalué en poids. Avec cet appareil, M. Gréhant a pu voir que le gastrocnémien de la grenouille, qui pèse 1 gr. 50, exerce un effort évalué en poids à 165 grammes.

M. POUCHET dépose une note sur un végétal unicellulaire marin, le *Pyrocystis noctiluca*, qui a été découvert par Murray, au cours de l'expédition de « Challenger ». Il a pu étudier plus à fond cet être dont il donne le dessin.

M. M. DUVAL fait une communication sur le *placenta de Rongeurs.* — M. Duval définit aussi la formation placentaire, chez le lapin : une hémorrhagie maternelle enkystée par des tissus fœtaux. Sur le rat et la souris, cette définition n'est pas un schéma, mais l'expression exacte de la vérité, car on y peut suivre les hémorrhagies de la caduque et le bourgeonnement de l'ecto-placenta ; l'ensemble de ce processus rappelle le captage d'une source.

M. GELLÉ lit l'observation d'une jeune fille atteinte de *paralysie faciale* qui présentait une intégrité complète de l'appareil de l'audition des deux côtés, avec suppression des réflexes qui déterminent l'action des muscles tenseurs, qui ne sont pas innervés par le facial. Il s'ensuit que la lésion doit être bulbaire.

M. HÉDON rapporte quelques *expériences sur l'extirpation du pancréas.* — Minkowski et von Mering ont annoncé qu'à la suite de cette lésion le diabète survenait constamment et rapidement. M. Hédon a repris ces expériences sur 22 chiens, en détruisant le pancréas par injection de suif fondu dans le canal de Wirsung, suivant le procédé de Schiff et de Cl. Bernard. Au bout de huit jours, on rouvre l'abdomen et on enlève la glande déjà atrophiée en partie. L'opération ainsi faite en deux temps est bénigne. Les chiens ont du sucre dans l'urine au bout de quelques heures, d'une façon continue. Ils sont polyphagiques, s'amaigrissent très vite. L'injection de paraffine seule ne suffit pas à produire le diabète. Il en est de même de l'ablation incomplète. Un fragment d'organe très petit suffit pour empêcher le sucre d'apparaître.

MM. GILBERT et HANOT. — *Sur la cirrhose tuberculeuse.* — La tuberculose peut amener chez l'homme l'existence d'une cirrhose hépatique, qui est rare et que quelques auteurs ont niée, parce que ses caractères anatomiques la

© ANM

différencient peu des autres cirrhoses. Pourtant, chez le cobaye et le lapin, on peut observer une cirrhose tuberculeuse bien nette et accompagnée de tubercules. Cette cirrhose est périlobulaire, elle est formée de bandes de tissu conjonctif fibreux, ne renfermant pas de microbes. Cette sclérose serait peut-être d'origine bactérienne.

M. Kunkel d'Herculais expose ses recherches sur *le développement d'une famille d'insectes vésicants*, les Mylabres. Il a trouvé que les œufs de mylabres vivaient dans les coques des Acridiens; leurs métamorphoses étaient restées peu connues jusqu'à présent.

M. Roger continue ses études sur les *propriétés bactéricides du sérum*. Le Streptococcus pyogenes, cultivé dans des tubes contenant 6 sérum de lapins ayant subi une infection légère par ce même microbe, se développe tout aussi bien que sur du sérum provenant de lapins sains. Pourtant il est profondément modifié dans ses propriétés pathogènes, car, injecté aux lapins, il ne leur cause qu'un abcès local et non une infection généralisée comme le font les cultures obtenues sur le sérum sain. Ce fait nouveau confirme le rôle du sérum sur le mécanisme de l'immunité acquise. Al. Pilliet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 23 octobre 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

M. L. Le Fort fait un discours sur *les causes de la dépopulation de la France*. La population de la France s'accroît d'une façon progressivement plus lente que les autres nations de l'Europe. Cette situation ne peut provenir que de deux causes : ou de l'excédent des décès sur les naissances, ou de la diminution de la natalité. Or, les statistiques montrent que notre diminution d'accroissement ne provient pas de la mortalité qui est moins élevée que dans la plupart des autres pays. Sous le rapport de la natalité au contraire, on constate un abaissement évident. Le chiffre des naissances, qui était de 953.057 en 1881, n'a été l'année dernière que de 880,579. Ce qu'il y a surtout de grave, c'est que depuis quelques années ce n'est plus seulement une diminution relative, mais une diminution absolue. Néanmoins, grâce à l'excédent des naissances sur les décès, la population continue à augmenter. Lors de l'épidémie de choléra et de la guerre de Crimée, la France s'est déjà trouvée dans une situation aussi grave, car les décès ont dépassé le chiffre des naissances.

A quelles causes attribuer cet affaiblissement progressif de notre natalité. La nuptialité est aussi développée en France que dans bien d'autres nations européennes, mais on se marie plus tard. L'homme a donc moins de vigueur et moins de temps pour procréer. Plus de préoccupations de l'avenir l'en empêchent aussi.

Ce qui maintient l'âge élevé des mariages, c'est d'abord la conscription. La nouvelle loi militaire de trois ans atténuera sans doute cet inconvénient. De plus, le concubinage tend de plus en plus à se substituer au mariage dans la classe ouvrière, et la natalité est beaucoup moins grande dans les unions illégitimes où l'infécondité absolue est l'idéal. La proportion des enfants illégitimes augmente en France de plus en plus. La loi française sur la reconnaissance des enfants est insuffisante et injuste. la reconnaissance de l'enfant n'étant que facultative et les droits de succession qu'elle entraîne étant souverainement injustes.

L'orateur appelle de tous ses vœux une loi supprimant la liberté des cabarets, de la prostitution, de la séduction.

Il y a encore une autre cause, c'est l'infécondité voulue des mariages légitimes, — fréquente surtout dans la classe aisée. Ici, la cause du mal, c'est l'obligation du partage des biens, et ce qui le prouve, c'est que dans les provinces rhénanes, encore régies sous ce rapport par le code français, la mortalité est moins considérable que dans les autres états allemands. Si la liberté de tester existait, comme en Angleterre, pour le père, le fils sentirait plus vivement le besoin de se créer une situation par son travail. Notre législation, en obligeant au partage des biens, tend par cela même à diminuer la valeur morale de la nation. Les familles et l'Etat ont deux intérêts opposés : les premières à diminuer le nombre des naissances, le second à les voir augmenter. Si nous voyons le même état de choses persister malgré tous les régimes, depuis 1821, c'est que la même cause subsiste, et cette cause, c'est le code civil, dont la révision s'impose comme la première mesure de salut à prendre. P. Sollier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 24 Octobre 1890. — Présidence de M. Dumontpallier.

M. Féréol. — Je désire vous soumettre la fin de l'observation du malade atteint d'*anurie calculeuse*, dont je vous ai parlé dans la séance du 14 février dernier. Depuis la fin de la crise que je vous avais signalée, le malade a eu une nouvelle attaque de goutte. Puis sa santé parut se rétablir, si bien qu'il négligea son régime et particulièrement l'usage du lait. Mais bientôt il fut repris de douleurs du côté du rein droit et se mit à rendre de petits graviers. Le 3 juillet, urines rares et sanguinolentes; le 4, anurie complète. Pouls lent, température normale, diarrhée dès le quatrième jour. Ce malade a succombé le dixième jour à une sorte d'angine de poitrine toxique qui pourrait bien être assez fréquente dans l'anurie calculeuse.

M. Laveran croit devoir faire remarquer que les faits en faveur du *traitement de la pleurésie purulente par la ponction suivie d'injection* sont peu nombreux. Il n'a jamais réussi, pour sa part, à guérir une pleurésie purulente totale autrement que par la thoracotomie. Si la ponction donnait des résultats supérieurs, les médecins l'appliqueraient de préférence. Mais on est toujours revenu à la thoracotomie. C'est pourquoi il reste partisan de la thoracotomie précoce et antiseptique; les essais de ponction avant l'opération sont inutiles ou nuisibles. Il faut aussi distinguer entre l'action du naphtol qui est insoluble et se dépose et celle de la créoline qui est liquide et se mélange intimement au pus.

M. Netter lit un rapport sur un mémoire de M. de Brun ayant pour titre : *Sur les manifestations nerveuses de la grippe*.

M. Chantemesse présente 3 malades atteints de *parésie faciale hystérique*. Cette parésie intéresse le facial inférieur. Elle peut être monolatérale ou bilatérale avec prédominance d'un côté, ce qui donne au malade un faciès hébété spécial. Elle s'accompagne souvent de monoplégie ou d'hémiplégie du même côté, et d'anesthésie du pharynx, de la conjonctive, de l'ouie, du goût et surtout de la vue. Les zones hystérogènes sont rares. Ces malades se font remarquer par un affaiblissement de l'intelligence et surtout de la mémoire assez caractéristique. Le début est brusque et la maladie guérit graduellement.

M. Féré croit la parésie faciale moins rare chez les hystériques qu'on ne le pense généralement. Il existe aussi chez eux des troubles de la langue qui, trop souvent, passent inaperçus, parce que l'exploration des mouvements de la langue est généralement mal faite.

M. Ballet. — La parésie faciale, peu marquée chez les malades de M. Chantemesse, est quelquefois plus nette. — Chez un malade de M. Proust, cité par MM. Brissaud et Marie, dans leur ouvrage sur l'hémispasme, il y a du côté opposé à l'hémispasme une très grosse paralysie faciale.

Ces paralysies transitoires, légères, variables, présentent une certaine analogie avec des accidents semblables qui se présentent chez des malades atteints de goitre exophtalmique.

M. Féré. — La remarque de M. Ballet est extrêmement juste; dans certains cas il y a paralysie de la face d'un côté en même temps que contracture du côté opposé. — Il peut se faire que dans l'hémiplégie hystérique il y ait en même temps diminution de la force du côté sain. On remarque de plus chez les hystériques un allongement du temps de réaction et un retard du temps d'association. Dans les cas de paralysie faciale, les troubles d'association peuvent être énormes; ils expliquent l'affaiblissement de la mémoire.

© ANM

M. Ballet lit un rapport sur un mémoire de M. Melchior Torrès, intitulé : *Traitement du tabes par la neuro-traction.*

M. Merklen communique son travail sur les *variations de la mortalité dans la fièvre typhoïde.* Il croit pouvoir attribuer aux progrès de l'hygiène et de la thérapeutique l'abaissement de la mortalité certain pour les 10 dernières années.

M. Debove constate que la virulence des épidémies est variable. Il n'observe plus les complications graves qu'il voyait autrefois dans les services de ses maîtres. La gravité varie suivant les saisons. La question de l'utilité des bains froids ne peut d'ailleurs se résoudre par des discours. Les faits seuls répondront.

M. Hayem. — Ainsi que l'a signalé M. Merklen, il y a une grande différence entre la mortalité des hommes et celle des femmes. Chez ces dernières, les décès sont plus nombreux; cela tient peut-être à ce qu'elles sont, dans le quartier où j'observe, dans des conditions hygiéniques plus mauvaises que les hommes.

M. Laveran fait remarquer que notre manière de concevoir la fièvre typhoïde diffère de nos prédécesseurs. On y fait rentrer des formes légères qui, autrefois, en étaient distinguées; cela diminue artificiellement le nombre des mortalités dans les statistiques.

M. Juhel-Renoy a aussi une mortalité plus forte chez les femmes, dont il a perdu 16 0/0, tandis que 5 0/0 seulement des hommes ont succombé. Quant à la gravité, il a vu des fièvres typhoïdes aussi graves que celles que rappelle M. Debove. Dans ces cas, l'expectation ne peut, suivant lui, être admise. M. Debove croit que l'hypothermie est une contre-indication des bains froids; cette opinion n'est pas juste car on emploie ces bains, non pour combattre l'hyperthermie mais bien contre les signes nerveux.

M. Cadet de Gassicourt. — L'influence du sexe se retrouve même chez les enfants en ce qui concerne la fièvre typhoïde. L'année dernière il a perdu 6 malades de cette maladie, c'étaient 6 filles.

M. Desnos emploie, pour le traitement de la fièvre typhoïde, ce qu'on appelle l'expectation armée. Il en a de très bons résultats.

M. Hayem partage l'avis de M. Laveran. On fait aujourd'hui porter dans les statistiques de fièvre typhoïde des cas qu'on considérait autrefois comme des synoques. Quant au bain froid, c'est une médication sténique qu'on peut employer dans les formes adynamiques pour relever les forces.

M. Du Cazal voudrait qu'on précisât les indications des bains froids; ils lui paraissent indiqués dans trois circonstances : adynamie, hyperthermie, ataxie. En les appliquant aux malades de cette catégorie, il n'a eu qu'une mortalité de fièvre typhoïde de 9 0/0.

M. Féréol fait remarquer que dans les statistiques dépouillées pour le travail de M. Merklen, on n'a tenu compte que des cas où avaient été constatées les taches rosées.

M. Merklen pense que la mortalité plus grande des femmes est à faire ressortir dans un prochain travail.

M. Debove relate l'observation d'une malade atteinte d'*abcès sous-diaphragmatique par perforation d'un ulcère de l'estomac.* La malade se présente avec une tuméfaction énorme au niveau de l'estomac. On ponctionne; on trouve du pus. On ouvre largement, il y avait un vaste abcès en arrière de l'estomac. La malade guérit. Dans les observations antérieures où l'autopsie a été faite, on a toujours constaté que l'abcès provenait d'un ulcère simple de l'estomac; il est probable qu'il en était de même chez cette malade. La symptomatologie ordinaire est celle du pneumothorax, parce que le diaphragme est refoulé par le pus. Les premières observations de cette affection ont été publiées en Angleterre et en France, antérieurement au travail de Leyden.

L.-R. Regnier.

Assistance publique. — *Les enfants assistés et abandonnés.* — A l'une des dernières séances de la Chambre des députés a été adopté un crédit de trois millions en vue d'assurer le paiement de la contribution de l'État pour 1890 aux dépenses des enfants assistés et des enfants moralement abandonnés.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 29 octobre 1890. — Présidence de M. Nicaise.

M. Verneuil présente le malade qu'il a opéré il y a 18 mois de *Rectopexie postérieure* (1). Le résultat est très bon aujourd'hui; la région anale a sa forme normale, l'anus est elliptique; pas de troubles intestinaux; quand le malade a marché un certain temps, il éprouve seulement un peu de pesanteur dans le petit bassin. Le prolapsus du rectum était d'environ 10 centim.

M. Berger a vu récemment un malade opéré de la même façon il y a 6 semaines par M. Marchant. Le résultat paraît bon à l'heure actuelle; le prolapsus ne s'est pas reproduit. Le prolapsus était de 8 centimètres.

Suite de la discussion sur l'Appendicite.

M. Schwartz communique 3 observations personnelles. Dans deux cas il ne réséqua pas l'appendice. Dans le 3e, où il s'agissait d'une appendicite perforante avec péritonite généralisée consécutive, il fit la laparotomie médiane et une incision de 10 centimètres environ dans la fosse iliaque, et réséqua l'appendice. A propos de ces 3 faits, M. Schwartz insiste sur la nécessité d'intervenir de bonne heure, de très bonne heure même; sur la difficulté du diagnostic. Il croit qu'il faut faire l'incision iliaque dans les cas ordinaires; s'il y a de la péritonite, il faut y ajouter la laparotomie et le lavage du péritoine. En tous cas, l'appendicite est une cause très fréquente de péritonite.

M. Reclus n'est pas de l'avis de M. Schwartz : il croit à l'heure actuelle le diagnostic extrêmement facile. Depuis quelque temps, les chirurgiens font avec facilité ce diagnostic, parce que, en somme, le tableau clinique est presque toujours le même. Il pense aussi que Kummel, Talamon, Berger ont trop multiplié les genres et sous-genres d'appendicite.

Dans tous les cas, il y a appendicite, qui parfois se complique d'une péritonite localisée ou généralisée. Il ne croit guère à l'existence de la péritonite appendiculaire, ni à celle de la colique appendiculaire. Ce qu'il y a réellement, ce sont des appendicites types et des appendicites à marche larvée. Un des bons signes diagnostiques est la fréquence extrême de la maladie. Dans l'immense majorité des cas, s'il s'agit d'une tumeur de la fosse iliaque, c'est qu'il y a appendicite. Les statistiques sont très probantes sur ce point; mais il est bien certain qu'il y aura toujours des surprises au cours des opérations. La notion des adhérences au niveau du cœcum est plus importante. Dans quels cas y en a-t-il? dans quels cas n'y en a-t-il pas? Il est impossible de les reconnaître cliniquement; mais il faut savoir qu'il y a presque toujours des adhérences d'après la statistique. On doit faire l'incision oblique dans la fosse iliaque; l'incision médiane n'est pas commode, même pour l'exploration du cœcum. Il ne faut pas ouvrir la grande cavité péritonéale quand on peut s'en dispenser, d'autant plus qu'on peut inoculer la séreuse et que le drainage est plus difficile. Voici les principales conclusions de M. Reclus : Une première crise de douleur due à une appendicite n'est pas suffisante pour qu'on intervienne; car la guérison survient fréquemment dans ces cas. Mais si on constate l'existence d'une petite tumeur, si le malade a eu déjà plusieurs crises, il faut immédiatement exciser l'appendice et ne pas tarder. Si une péritonite généralisée est déclarée, il faut agir encore avec plus de hâte; si la péritonite est localisée on peut attendre un peu. L'incision oblique est la meilleure.

M. Terrier. — On trouve souvent libre dans le petit bassin, au cours des laparotomies, l'appendice iléo-cœcal tuméfié, allongé, plus ou moins adhérent aux annexes, contenant parfois des calculs dans son intérieur. Il résulte de ce fait qu'on peut trouver l'appendice là où il ne doit pas être, et que ses lésions peuvent retentir en un autre point que dans la fosse iliaque. Et M. Terrier indique à ce propos que l'appendicite peut être confondue avec l'inflammation des annexes de l'utérus. Il se souvient d'une observation où cette erreur a été faite et n'a été reconnue qu'au cours de la laparotomie. Comme M. Reclus, il pense que le diagnostic de l'appendicite n'est pas difficile; mais il tient à faire remarquer que ce diagnostic n'est

(1) Nous avons déjà fait remarquer ailleurs que le mot *Archopexie* était plus régulier.

© ANM

posé qu'en se basant sur le calcul des probabilités, et cet élément d'ordre mathématique doit en réalité jouer, dans un très grand nombre de cas, un rôle important. Quant aux symptômes classiques de la typhlite, de la périty phlite, de l'appendicite, il ne faut en tenir compte que d'une façon restreinte ; d'ailleurs, ils ne guident en rien le chirurgien. M. Terrier demande à ce qu'on précise nettement les cas où il faut simplement inciser la fosse iliaque, réséquer l'appendice par cette incision, ou faire une laparotomie.

M. Berger reconnait que le diagnostic des appendicites soumises aux chirurgiens n'est pas très difficile; mais il faut se souvenir qu'un grand nombre d'autres ne sont vues que par les médecins. Ce qu'il faudrait s'efforcer d'obtenir, c'est la détermination des cas qui n'exigent pas d'intervention. On est d'accord aujourd'hui pour dire que, dans l'appendicite perforante, il faut réséquer l'appendice par la fosse iliaque, ce qui est une opération réglée; et que, s'il y a péritonite généralisée, il faut faire la laparotomie.

M. Reclus pense aussi que les données fournies par le calcul des probabilités sont très importantes. On doit, par l'incision iliaque, rechercher l'appendice avec une certaine persévérance, d'autant plus que ces recherches peuvent faire découvrir des abcès en arrière du cœcum, où siège souvent cet appendice perforé. Il est évident que les cas médicaux échappent aux statistiques chirurgicales.

M. le Dr Leprévost (Hâvre) rapporte un cas de rupture interstitielle de l'urèthre qui occasionna une large *fistule pénienne* située près du gland. M. Leprévost, ne pouvant l'oblitérer par les procédés ordinaires, disséqua sur le prépuce un lambeau cutané et le rabattit sur l'orifice, après avivement. La réussite est presque complète ; il persiste seulement une très petite fistulette.

M. Michaux présente un malade à qui il a fait une *opération de Wladimiroff-Michulicz par un nouveau procédé*. (Renvoi à une commission).

M. Picqué présente un cas de *néphropexie*.

M. Bazy présente une synoviale articulaire du genou qu'il a extirpée pour une tumeur ayant tous les caractères du *lipome arborescent des articulations*. Cependant, comme cela pourrait bien être tuberculeux, on fera des inoculations et l'examen microscopique.

M. Kirmisson présente un *compas* qu'il a fait construire pour mesurer en degrés les angles des articulations.

M. Reynier montre de grosses *salpingites purulentes*. Une d'elles se rompit dans le ventre ; la malade va bien.

M. Bouilly a observé une vingtaine de fois l'irruption du pus dans le péritoine. La plupart de ces malades là ont guéri. La quantité de pus qui s'échappe dans l'abdomen n'a pas d'importance. Tout dépend de la qualité de ce pus. Parfois une goutte suffit pour déterminer une péritonite septique.

Marcel Baudouin.

REVUE D'HISTOLOGIE BACTÉRIOLOGIQUE

I. — **Sur la recherche des bacilles tuberculeux dans les crachats.** — Bergonzini. — Modène, 1889.

II. — **The Gonococcus.** — William-Buckingham-Confield; — Baltimore, *Microscopical Society*, april 16, 1888.

III. — **Recherches bactériologiques et expérimentales sur le cancer.** — Bernabei. — (*Revista Clinica*, 1888).

IV. — **Etudes bactériologiques sur l'influenza.** — (*Rassegria die Science Mediche*). Modena, 1890.

I. — Dans cette courte note, l'auteur examine les différents procédés d'examen rapide des crachats ; il critique successivement ceux de Koch, de Erlich, de Lubimoff, et se rattache à celui de Ziehl, par la fuchsine et l'acide phénique, qui est trop connu pour que nous le rapportions ici. Notons seulement qu'il indique une double coloration par le vert de méthyle, qui nous paraît utile pour les noyaux, mais d'un maniement difficile, le vert de méthyle étant une couleur très instable.

II. — Ce travail est consacré à l'examen bactériologique, sur lamelles et sans culture, du pus blennorrhagique, que l'auteur figure et décrit après Neisser et Keyser. Il se rallie, d'ailleurs, à l'opinion de ces auteurs.

III. — L'auteur a fait des cultures, des examens sur lamelles et des inoculations du suc cancéreux pris dans différentes tumeurs. Il a obtenu surtout un microbe oblong, à centre clair, un peu différent de celui de Schuerlen. Mais, pour lui, les inoculations donnent des produits variables, contenant ce même microbe. Il conclut que ce microbe se rencontre constamment dans les tumeurs cancéreuses, que l'inoculation de suc cancéreux aux cobayes détermine des abcès locaux avec nécrose et une infection généralisée que l'auteur compare à la cachexie cancéreuse.

IV. — Bergonzini a repris les études nombreuses qui ont paru à ce propos. Il n'a pu retrouver le microbe décrit dans le mucus naso-bronchique, en 1884, par Otto Seifert; mais il a trouvé le microbe pyogène blanc et un autre micrococque qui colore les cultures sur agar en gris cendré et qu'il appelle le M. cinereus.

A. P.

VARIA

Le Choléra.

Mesures sanitaires. — Une lettre adressée par M. le Dr Montier au Préfet de police montre avec quelle précision fonctionne le service de surveillance des voyageurs d'Espagne descendus dans les hôtels à Paris, surveillance que ces voyageurs acceptent, du reste, sans réclamation. Elle signale notamment le cas d'un M. de G....., qui s'est trouvé atteint de gastro-entérite. A cause de la provenance du voyage et du doute existant au début de la maladie, les précautions les plus minutieuses ont été prises. M. le Dr Montier termine son rapport en disant : « Je dois faire remarquer que l'administration des hôtels exécute les mesures de désinfection de très bonne grâce. »

Choléra en Mésopotamie. — Du côté de la haute Mésopotamie, le choléra a cessé depuis plus d'un mois. Mais il n'en est pas de même dans le villayet d'Alep, où il augmente en extension et en intensité. Il est probable que l'épidémie se trouve actuellement disséminée sur une large zone, au sud et au nord de l'Euphrate moyen. Nous avons déjà signalé l'existence du choléra à Hama, ville de 40,000 habitants située sur le haut Oronte, à peu près à mi-distance entre Alep et Tripoli, et qui est fréquentée par les Bédouins Anezes du désert syrien. C'est, comme nous l'avons dit déjà, un pas de l'épidémie vers Damas, Tripoli, Beyrouth, le littoral et le Liban. C'est à Hama que débuta, en 1875, cette épidémie cholérique qui ravagea presque toute la Syrie, lui enlevant près de 15,000 habitants.

Impôt sur les spécialités pharmaceutiques.

Nous trouvons dans le *Paris médical* du 25 octobre l'appréciation suivante :

« Le Gouvernement, qui a besoin d'argent, cherche à en prendre là où il y en a et chez les gens qui en gagnent, mais il ne devrait pas avoir l'hypocrisie de dire que c'est une concurrence à la pharmacie, puisque ces spécialités sont préparées par des pharmaciens en chambre, au lieu d'être en boutique. D'ailleurs, les médecins aiment ces spécialités qui leur donnent des médicaments de choix, mieux preparés que ceux qu'on débite dans les petites pharmacies des faubourgs, de la banlieue ou de la province, là où ils sont préparés par des élèves novices ou la femme du pharmacien. »

Le *Journal des Connaissances médicales*, ayant pour rédacteur en chef M. le Professeur Cornil, a publié dans son numéro du 23 octobre, sous la signature de M. le Dr Galippe, un article dont nous extrayons les passages suivants :

« Il nous sera permis de nous étonner que l'on puisse aussi facilement et sans motifs valables jeter le trouble dans des industries, et que les agents qui ont qualité pour le faire ne prennent point la peine d'étudier le pour et le contre, et de se renseigner de façon à ne pas exposer l'administration au pas de clerc qu'elle vient de faire.

« Quand on songe que cette loi est une loi pénale, et qu'à ce titre elle devrait être d'une limpidité parfaite, et quand on voit, d'autre part, qu'elle fourmille d'obscurités, de contradictions, qu'elle ne définit même point le caractère de la

© ANM

matière imposable, on ne peut se défendre d'un sentiment de surprise et de regret. Ce projet de loi a été fait avec une telle légèreté que, s'il était appliqué, il aurait, entre autres conséquences illogiques, celle-ci : qu'un pharmacien ne pourrait préparer un vinaigre antiseptique qu'à la condition de payer l'impôt prévu par la loi, et que l'épicier d'en face pourrait fabriquer un produit identique sans être soumis à la même obligation. Ceci n'est qu'un tout petit côté de la question. Quoi qu'il arrive, si cet impôt, même modifié, demeure, on peut être certain d'une chose, c'est que, comme toujours, c'est le public qui le paiera. Il ne faudrait pas croire, en effet, que toutes les spécialités pharmaceutiques soient des objets de luxe ; l'ouvrier achète *un* sinapisme en feuille ou *une* pilule purgative, et si l'on appliquait le projet de loi tel qu'il a été conçu, les millionnaires seuls auraient droit à la liberté du ventre! »

M. Crinon a publié un article très intéressant sur la question le 23 octobre dans *La Médecine moderne*. En voici les principaux passages :

« Nous sommes surpris que M. le Ministre des finances ait pris le parti de créer un semblable impôt, sans prendre le moindre renseignement auprès des personnes compétentes, sans se livrer à une enquête préalable. Sans doute il a voulu se mettre à l'abri des sollicitations, des réclamations, des protestations venant des intéressés ; mais en s'enveloppant de mystère, comme il l'a fait, il s'est exposé à ce qu'on lui adressât le reproche d'avoir fait une proposition fort mal étudiée.

. . . . . .

« Si M. Rouvier avait consulté des personnes bien informées, il aurait appris que, parmi les nombreuses spécialités pharmaceutiques, il s'en trouve une grande partie qui ne sont que des remèdes secrets, et qui n'existent qu'en vertu d'une tolérance administrative. La jurisprudence de la Cour de cassation est formelle, et elle considère comme remèdes secrets toutes les préparations non inscrites au codex. Le nombre des spécialités qui ne remplissent pas cette condition est considérable. Eh bien, ces produits, qui n'ont pas d'existence légale, vont être frappés d'un impôt. Le jour où le parquet voudrait exercer des poursuites contre un remède secret quelconque, nous nous demandons si un tribunal consentirait à condamner un produit dont le gouvernement sanctionne, pour ainsi dire, l'existence en le frappant d'un impôt.

« ..... Nous regardons comme contraire au bon sens et à l'équité une loi qui frappe tous les produits sortant de l'officine d'un pharmacien, même ceux qui n'ont pas un caractère nettement médicamenteux. Un pharmacien vend, par exemple, un phénol, un thymol, une eau de Cologne, un vinaigre hygiénique, une teinture pour les cheveux, un cosmétique quelconque, le fisc intervient avec la prétention de percevoir l'impôt sur tous ces produits, alors que les mêmes préparations, fabriquées par les parfumeurs et par les premières personnes venues, échapperont à la taxe. Prenons un autre exemple : les lecteurs de ce journal connaissent les objets de pansement antiseptique; eh bien! ceux que prépare M. Desnoix seront frappés de l'impôt, tandis que ceux de ses concurrents non pharmaciens seront vendus librement. Le projet de M. Rouvier met donc les pharmaciens dans l'impossibilité de lutter à armes égales contre leurs concurrents.

« Et les spécialités pharmaceutiques vétérinaires seront-elles frappées? Oui, si elles sont préparées et vendues par un pharmacien. Mais qu'adviendra-t-il lorsqu'elles seront préparées et débitées par une personne étrangère à la pharmacie? car on ne doit oublier (M. Rouvier l'ignore sans doute) que, sous le régime de la loi actuelle, le commerce des médicaments vétérinaires est libre.

« Enfin, comment procédera-t-on à l'égard des pharmaciens qui fabriquent des produits pharmaceutiques dont l'étiquette n'indique aucun prix pour la vente au public, attendu que ces produits sont destinés à être divisés et détaillés par leurs confrères? Il s'agit là d'une catégorie importante de médicaments, qui deviendraient imposables, puisqu'ils portent généralement une marque de fabrique. De quelle taxe les frappera-t-on ?.....

« En résumé, le projet de M. le Ministre des finances est improvisé ; il n'a été précédé d'aucune enquête sérieuse ; les chiffres sur lesquels il repose sont tout à fait imaginaires, et nous cherchons en vain les motifs qui ont engagé le gouvernement à lancer les foudres du fisc contre une catégorie de commerçants qui n'a rien fait pour mériter un tel excès de rigueur. »

Le *Bulletin médical* du 26 octobre fait suivre la note de *La Epoca*, que nous avons insérée dans notre dernier numéro et demandant une taxe à l'entrée en Espagne, des réflexions suivantes :

« Le raisonnement ne manque pas de justesse. Nous le renvoyons à M. le Ministre des finances dont l'esprit inventif pourrait peut-être trouver pour équilibrer son budget un procédé moins préjudiciable au commerce français. »

La *Gazette des hôpitaux* de Toulouse s'est occupée très sérieusement de cette question dans ses numéros des 18 et 25 octobre. Voici quelques extraits de ses deux articles :

« ..... Nous n'entrerons pas davantage dans une discussion approfondie sur ce sujet dont l'importance est considérable, par suite de l'extension toujours croissante des spécialités pharmaceutiques ; nous y reviendrions plus tard dans un article spécial, si cela était nécessaire. Mais nous ferons remarquer d'ores et déjà que l'adoption de ce projet par les Chambres entraînerait à bref délai la ruine de plusieurs pharmacies, soit parce qu'elles ont adopté pour règle de conduite la vente à petits bénéfices, soit parce que, existant depuis peu de temps, elles ne pourraient continuer la lutte avec des avances suffisantes. A ce dernier point de vue, le projet de M. Rouvier nous paraît absolument contraire aux principes d'une bonne démocratie qui veut pour chacun sa place au soleil....

« Lorsque certaines maisons sérieuses nous donnent du salicylate de soude, du chloroforme, de la poudre de viande, dans un état de pureté auquel nous pouvons nous fier, c'est là du commerce loyal : ne lui mettez pas des entraves ridicules. Sachez bien, messieurs les ministres, que non seulement dans les campagnes, mais dans les grandes villes et même (surtout, dirions-nous) à Paris, le praticien est quelquefois peu sûr du pharmacien chez lequel on ira en sortant de chez lui ; que, lorsqu'il le peut, il prescrit sur son ordonnance une ou plusieurs spécialités. Nous avons, à l'appui de nos dires, des ordonnances signées des professeurs de la Faculté de médecine de Paris, et des plus consciencieux ; vous n'accuserez pas nos maîtres de ne pas savoir formuler, n'est-ce pas?

« Et certains remèdes rarement employés, croyez-vous que le pharmacien non spécialiste se les procure facilement et que, dans d'autres cas, il accepte sans hésitation la perspective d'acheter à son fournisseur un flacon de trente grammes d'un alcaloïde quelconque pour confectionner une potion de quelques milligrammes qui ne se représentera peut-être que dans un an, lorsque le reste de la drogue sera avarié? Dans ce cas, la potion revient cher au pharmacien et il devient, par un retour inattendu, l'ami des spécialistes.

« Et puis, dites-vous, ces spécialités donnent des bénéfices énormes. Mais est-ce qu'une potion gommeuse quelconque n'en donne pas aussi? Et ne tient-on pas grand compte au pharmacien de ses longues études et du capital avancé?

« Les spécialités pharmaceutiques s'adressent exclusivement, prétend-on, à la classe riche; ici encore il faut distinguer. Il est telle spécialité que nous pourrions citer dont l'emploi se chiffre par une dépense quotidienne de deux ou trois sous. Celles-là, messieurs les ministres, sont démocratiques dans le vrai sens du mot.....

« ..... Sur ce point, il faut encore faire une distinction. Certaines eaux minérales sont évidemment fabriquées sur une grande échelle et, pour ne citer qu'un fait, ces bons Parisiens avalent de confiance du Saint-Galmier qui a vu le jour dans l'enceinte de la capitale. Il est donc à prévoir que quelques marques très répandues bénéficieraient du nouvel état de choses, mais celles qui se vendent peu, quoique souvent aussi salutaires, recevraient là un nouveau coup dont elles se relèveraient difficilement. C'est toujours l'éternelle histoire du pot de terre et du pot de fer. » .....

© ANM

M. le Dr Lereboullet, rédacteur en chef de la *Gazette hebdomadaire*, a publié dans son journal, en 1879, plusieurs articles sur la question qui nous occupe, dont nous reproduisons ici les principaux passages :

« Pour arriver à se passer des spécialités pharmaceutiques, il faut pouvoir être certain de l'efficacité et de l'activité des médicaments que l'on prescrit. Or, nul ne nous contredira à cet égard ; ce qui manque le plus au médecin praticien, ce sont de bons médicaments.

« Il serait temps, cependant, de dire ouvertement ce qui est la vérité et ce qui est l'erreur, et surtout de ne pas confondre ce qui est bon, excellent, parfait, avec ce qui est mauvais, détestable ou nul.

« *Que faut-il entendre par spécialité pharmaceutique ?*

« Sous le nom de spécialités pharmaceutiques il faut comprendre des médicaments simples ou composés inscrits dans le codex, préparés par la plupart des pharmaciens, mais qu'un chimiste ou un industriel plus habile ou plus adroit que les autres prépare avec grand soin, auxquels il donne son nom, et que les médecins s'accoutument à prescrire parce qu'ils ont reconnu que ces préparations sont meilleures.

« Songerait-on à blâmer le pharmacien qui, après avoir consacré son temps, ses soins et une partie de sa fortune à préparer ou à conserver des produits pharmaceutiques toujours parfaits, cherchera, en annonçant les procédés qu'il emploie et les précautions qu'il a prises, à faire connaître qu'il se trouve en mesure de satisfaire tous les médecins qui s'adresseront à lui ?

« Les médecins, en prescrivant des spécialités, ne favorisent pas les fabricants de spécialités, ils se bornent à recommander les produits que des pharmaciens habiles et consciencieux ont préparés spécialement et dont ils garantissent personnellement la quantité et la valeur.

« Toutes les protestations faites à la tribune académique n'empêchent pas les médecins de préférer à une préparation souvent inefficace et toujours inégale, suivant le mérite du pharmacien, un produit dont la composition est connue d'avance et qui, préparé en grand, avec tous les soins imaginables, offre tous les avantages au triple point de vue de sa pureté, de son efficacité et même de l'économie.

« La préparation en grand de certaines substances et le perfectionnement de leurs procédés d'enrobage sont monopolisés par un petit nombre de maisons industrielles dont on ne peut donc souhaiter la ruine, parce que le progrès qu'elles ont contribué à réaliser est considérable.

La *Revue générale de clinique et de thérapeutique* (numéro du 29 octobre) s'exprime ainsi par la plume de M. le Dr Ch. Eloy.

« Les arguments que naguère on faisait valoir contre cet impôt, n'ont jamais cessé d'être vrais. Et d'abord qu'est-ce qu'une spécialité pharmaceutique? L'Académie n'a jamais pu la définir. Comment le ministre des Finances le pourrait-il faire? On a beau être du midi et de la Cannebière, cela ne suffit pas.

« C'est un impôt *injuste*. Il frappe des produits utiles puisqu'ils sont médicamenteux et hygiéniques, mais épargne le commerce des substances dont l'usage est de luxe : les confiseries, les chocolats, les cacaos, substances dont la supériorité est célébrée par voie d'annonces, de réclames, d'étiquettes ou par tout autre mode de publicité.

« Autre injustice : les matières premières des spécialités pharmaceutiques sont les alcools, les aromates, le sucre : substances taxées et surtaxées. *Non bis in idem* : c'est une règle de droit naturel ; il paraît qu'on l'ignore quand il s'agit d'équilibrer le budget et de consolider M. Rouvier. Imposer ces produits c'est donc taxer deux fois la même industrie.

« L'utilité des spécialités n'est plus à démontrer. Tous les médecins les emploient, et vraiment on s'étonne que dans le Comité d'hygiène aucune voix ne se soit élevée contre cet impôt et pour éclairer la religion du gouvernement. Il est vrai que ce Comité contient beaucoup d'hygiénistes et peu de médecins. Autrement il aurait pu se rappeler et rappeler les discussions et les opinions autorisées de l'Académie de médecine. Cet impôt est donc *un préjudice pour les malades*. C'est de plus un préjudice au commerce national. Les spécialités françaises sont appréciées à l'étranger. Elles le méritent d'ailleurs par la supériorité de leur fabrication, leur longue conservation et leur aspect flatteur à l'œil. N'est-il donc pas à redouter que les nations étrangères ne les imposent à leur tour? Et puis cette taxe ne rendra-t-elle pas difficile, peut-être même impossible, la concurrence contre les exportateurs allemands, américains ou anglais? On pouvait projeter des impôts plus impopulaires peut-être ! On ne pouvait pas en proposer un plus maladroit.

M. le Dr Eloy a été mal renseigné sur ce qui s'est passé au Comité consultatif d'hygiène. Bien que le milieu fut assurément défavorable, nous n'avons pas hésité à indiquer, sinon toutes les raisons, au moins les principales, qui militent contre le projet d'impôt sur les spécialités pharmaceutiques. Au vote, seuls M. le prof. Cornil et nous, avons voté contre le projet. Voici l'opinion du *Scalpel* du 26 obtobre :

« S'il y a des spécialités de valeur douteuse, qui ne réussissent qu'à grand renfort de publicité, il en est un grand nombre d'autres, faites avec beaucoup de soins, avec des produits de première qualité, qui offrent aux médecins plus de garanties que leurs produits similaires préparés communément. » B.

Laïcisation de l'Assistance publique : Dépenses.

Pour compléter les renseignements que nous avons donnés dans les numéros 42 (p. 283) et 43 (p. 309), nous croyons utile de reproduire le passage suivant du discours que nous avons prononcé le 9 août dernier à l'Ecole municipale des infirmières de la Salpêtrière :

« *La laïcisation des hôpitaux a quadruplé la dépense*, affirment nos adversaires. Nous avons prouvé déjà, dans une réponse adressée à un chirurgien de l'hôpital Necker (1), le mal fondé de cette assertion. Nous avons fait la même démonstration le 4 août pour la Pitié. C'est le moment de reproduire la démonstration que nous avons faite il y a quelques mois (2) pour l'ensemble des établissements hospitaliers.

« Un examen attentif des budgets des établissements laïcisés, dans l'année qui a précédé la laïcisation et dans celle qui l'a suivie, montre que la dépense annuelle du fait de la laïcisation s'élève à 191,710 fr. Mais il ne faut pas oublier que, sans compter l'organisation des *Ecoles municipales d'infirmiers et d'infirmières*, destinées à apprendre au personnel secondaire à bien soigner les malades et à renseigner exactement les médecins, la laïcisation comprend : 1° la *suppression des aumôniers* ; 2° *la substitution des surveillantes laïques aux religieuses*. On ne peut séparer ces deux questions. La suppression des trente-quatre aumôniers des hôpitaux a eu pour conséquence une notable diminution des dépenses. Au budget de 1869, le traitement des aumôniers entraînait une dépense de 64,700 fr. De plus, l'évaluation du loyer, du chauffage et de l'éclairage de ces employés s'élevait réglementairement à 42,500 fr., soit 106,700 fr. Enfin, les frais du culte montaient à 22,000 fr. Total général, 128,700 fr.

« Au budget de 1890, le service de l'aumônerie ne coûte plus que 19,800 fr. par abonnement avec les paroisses. Si on retranche cette somme des 128,700 fr. que ce service coûtait en 1869, on voit que l'économie réalisée par la laïcisation pour ce qui a trait au personnel des « serviteurs de Dieu » est de 108,900 fr.

« Si on retranche cette somme des 191,700 fr., excédent du traitement des laïques sur les religieuses, on voit que la réforme accomplie par le Conseil municipal et par l'Assistance publique n'entraîne, en réalité, qu'une dépense de 82,810 fr. Si on retranchait de cet excédent les dépenses qui s'appliquent à des augmentations de personnel réclamées, même du temps des sœurs, par les chefs de service, par exemple l'organisation de services de veille, la création des services d'ovariotomie, la réorganisation des maternités, etc., cette somme de 82,000 fr. serait encore sensiblement réduite.

(1) Voir *Progrès médical*, 1887, n° 27, p. 15.
(2) La *Justice* du 26 avril 1890.

© ANM

« Un autre grief invoqué par nos adversaires contre la laïcisation, c'est que cette réforme aurait eu pour résultat de diminuer les dons et legs faits à l'Administration de l'Assistance publique. Sur ce point encore, les budgets répondent d'une manière catégorique.

« De 1868 à 1878, c'est-à-dire durant les onze années qui ont précédé la laïcisation, l'Assistance publique a reçu en dons et legs 18.152.014 francs, soit une moyenne annuelle de 1.650.183 francs.

« De 1878 à 1889 inclusivement, l'Assistance publique a reçu 42.886.426 fr., soit une moyenne annuelle de 3.898.766 fr.

« Si l'on retranche des 43 millions de cette période le legs de Mme Boucicaut (8 millions) la moyenne annuelle correspondant à la période de la laïcisation n'en reste pas moins moitié plus élevée (3.181.000 fr.) que celle de la période antérieure à la laïcisation qui n'était que de 1.650.183 fr.

« Ces chiffres, empruntés aux budgets de l'Assistance publique, sont irréfutables et nous paraissent répondre d'une façon tout à fait catégorique aux adversaires de la laïcisation. »

B.

Ce que coûtent l'éclairage et le chauffage de la Faculté de médecine de Paris.

Le Conseil général de Facultés et Ecole de pharmacie de Paris a repris, cette semaine, ses séances mensuelles à la Sorbonne. Il a nommé son rapporteur général qui sera, cette année, M. Milne-Edwards. Le reste de la séance a été pris par des autorisations de cours libres en diverses Facultés, par la concession de deux bourses sur les fonds dont le Conseil général a la gestion, par la répartition des dispenses des droits d'inscription dont le nombre a été un peu diminué, et par celle des crédits alloués aux services communs des Facultés et Ecoles, s'élevant, pour cette année, à la somme de 285,705 francs 30 cent., identique à celle de l'année dernière.

Plusieurs doyens se sont plaints de l'insuffisance des sommes mises à leur disposition. Surtout *M. le Doyen de la Faculté de médecine a fait entendre des doléances très vives sur la situation lamentable où se trouve cette Ecole dans les nouveaux bâtiments qu'on lui a construits et dont le chauffage et l'éclairage seuls absorbent presque toutes les ressources et paraissent tout à la fois ruineux et impossibles.*

Il suffira, pour donner une idée de cette situation, de noter que, tandis qu'il est alloué 13,000 fr. pour cet objet à la Faculté de médecine, chiffre qui lui suffisait à peine dans son ancien logement, elle en dépense aujourd'hui plus de 53,000, soit un déficit de 40,000 fr. que l'on comble avec des fonds pris sur l'argent des collections et autres services.

Cet état ira en empirant, car M. le doyen prévoit que, lorsque tous les services seront en train, seules les dépenses de chauffage et d'éclairage monteront à plus de 90,000 francs. Il est impossible, a dit M. Brouardel en terminant, *d'apercevoir des remèdes pratiques à une situation où il n'est plus permis de rester et d'où il paraît impossible de sortir.*

90,000 francs pour éclairer des couloirs et laisser dans l'ombre les laboratoires et la bibliothèque, voilà du joli ! Un marchand de charbon aurait soudoyé l'auteur du chef-d'œuvre de la rue de l'Ecole-de-Médecine, qu'on n'aurait certes pas mieux. Ainsi se trouvent justifiées toutes les critiques formulées par le *Progrès médical* contre l'architecte de l'Ecole pratique et de la Faculté de médecine, M. Ginain.

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 3. — 2e de fin d'année (Officiat) : MM. Straus, Terrillon, Jalaguier. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Ch. Richet, Reynier, Retterer.

Mardi 4. — 3e de fin d'année (Officiat) : MM. Legroux, Humbert, Quinquaud. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Bouchard, Dieulafoy, Gilbert. — 5e *de Doctorat* (1re partie) : Charité (1re *Série*) : MM. Duplay, Maygrier, Campenon. — (2e *Série*) : MM. Tarnier, Le Dentu, Nélaton. — (2e partie) : MM. Peter, Cornil, Hanot.

Mercredi 5. — 1er *de Doctorat* : MM. Regnauld, Lutz, Villejean. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Ch. Richet, Marie, Chantemesse.

Jeudi 6. — Médecine opératoire. MM. Panas, Le Dentu, Nélaton. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Humbert, Gley. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Ball, Laboulbène, Gilbert.

Vendredi 7. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Straus, Retterer, Poirier. — (2e *Série*) : MM. Terrillon, Ricard, Netter.

Samedi 8. — 1er de fin d'année (Officiat) : MM. Laboulbène, Villejean, Fauconnier. — 5e *de Doctorat* (1re partie) Hôtel-Dieu : MM. Le Fort, Humbert, Bar. — (2e partie) (1re *Série*) : MM. Cornil, Legroux, Netter. — (2e *Série*) : MM. Dieulafoy, Debove, Hutinel.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Mercredi 5. — M. Diamantberger. Du rhumatisme noueux (polyarthrite déformante chez les enfants). — M. Lafon. Des luxations sus-acromiales ; traitement par la suture métallique. — M. Albespy. Considérations sur les complications auriculaires de la grippe pendant la dernière épidémie.

Jeudi 6. — M. Poirier. Sur un syndrome hystérique simulant la paclyméningite cervicale hypertrophique. — M. Mathis. Du traitement de la péritonite tuberculeuse.

Enseignement médical libre.

Hypnotisme. — M. le Dr Bérillon commencera un cours particulier sur les applications de l'hypnotisme au traitement des maladies mentales et nerveuses, le samedi 8 novembre, à 10 h. 1/2 du matin. On s'inscrit à la Clinique, 55, rue Saint-André-des-Arts, les mardi, jeudi, samedi, de 10 heures à midi.

Policlinique de Paris.

Cours de pathologie infantile : M. le Dr H. Gillet commencera son cours le jeudi 6 novembre, à 2 heures, et le continuera tous les jeudis non fériés.

Cours d'accouchements. — Le Dr Ad. Olivier, ancien interne de la Maternité, commencera un *Cours complet d'accouchements* le mardi 4 novembre 1890, à 2 heures et le continuera les samedi et mardi suivants. Les élèves pratiqueront sur le mannequin les opérations et manœuvres courantes ; ils examineront les femmes enceintes une fois par semaine. *A l'issue du cours, ils pourront faire en ville les accouchements des femmes inscrites à la Policlinique et pratiquer, sous la direction du chef de service, les manœuvres et les opérations qui seront nécessaires.*

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 19 octob. 1890 au samedi 25 octob. 1890, les naissances ont été au nombre de 895 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 316 ; illégitimes, 136, Total, 442. — *Sexe féminin :* légitimes, 353 ; illégitimes, 100, Total, 453.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 19 octob. 1890 au samedi 25 octob. 1890, les décès ont été au nombre de 911 savoir : 488 hommes et 426 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 7, F. 8, T. 15. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 4, F. 6, T. 10. — Scarlatine : M. 4, F. 1, T. 5. — Coqueluche : M. 6, F. 2, T. 8. — Diphtérie, Croup : M. 15, F. 8, T. 23. — Choléra : M. 00, F. 00, T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 104, F. 77, T. 181. — Autres tuberculoses : M. 14, F. 7, T. 21. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 4, T. 5. — Tumeurs malignes : M. 13, F. 40, T. 53. — Méningite simple : M. 11, F. 10, T. 22. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 29, F. 23, T. 52. — Paralysie : M. 2, F. 1, T. 3. — Ramollissement cérébral : M. 6, F. 9, T. 15. — Maladies organiques du cœur : M. 36, F. 33, T. 69. — Bronchite aiguë : M. 7, F. 9, T. 16. — Bronchite chronique : M. 13, F. 20, T. 33. — Broncho-Pneumonie : M. 11, F. 8, T. 19. — Pneumonie : M. 16, F. 16, T. 32. — Gastro-entérite, biberon, M. 34, F. 23, T. 57. — Gastro-entérite, sein : M. 8, F. 4, T. 12. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 3, F. 3, T. 6. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Débilité congénitale : M. 19, F. 12, T. 31. — Sénilité : M. 7, F. 20, T. 27. — Suicides : M. 4, F. 8, T. 12. — Autres morts violentes : M. 7, F. 4, T. 11. — Autres causes de mort : M. 96, F. 67, T. 163. — Causes restées inconnues : M. 7, F. 4, T. 11.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 86, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 22, illégitimes, 23. Total : 45. — *Sexe féminin* : légitimes, 21, illégitimes, 20. Total : 41.

Faculté des sciences de Paris. — M. Chatin, docteur ès sciences, maître de conférences à la Faculté des sciences de Paris, est chargé, en outre, pendant l'année scolaire 1890-1891, d'un cours complémentaire d'histologie animale à ladite Faculté.

Faculté des sciences de Grenoble. — M. Ferval, professeur agrégé au lycée de Grenoble, chargé d'une conférence de

© ANM

mathématiques élémentaires à la Faculté de cette ville, est chargé, pour l'année scolaire 1890-1891, de faire deux conférences de mathématiques supérieures par semaine à ladite Faculté, en remplacement de M. Stouff, appelé à d'autres fonctions.

FACULTÉ DES SCIENCES DE MARSEILLE. — M. REBOUL, professeur de chimie à la Faculté des sciences de Marseille, est nommé pour trois ans, à partir du 23 novembre 1890, doyen de ladite Faculté. — Un congé d'inactivité est accordé, pour l'année scolaire 1890-1891, à M. Saint-Loup, préparateur de zoologie à la Faculté des sciences de Marseille.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. JONESCO, aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, est délégué, du 1er novembre 1890 au 30 septembre 1891, dans les fonctions de prosecteur à ladite Faculté, en remplacement de M. Lejars, appelé à d'autres fonctions.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX. — M. SIGALAS, chef des travaux pratiques de physique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1890-1891, d'un cours complémentaire de physique à ladite Faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE. — Sont chargés, pour l'année scolaire 1890-1891, des cours ci-après désignés à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille : MM. DOUMER, agrégé, physique ; MORELLE, agrégé, matière médicale.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. DESQ (Paul), bachelier ès lettres et ès sciences, est nommé, pour l'année scolaire 1890-1891, aide-préparateur du laboratoire d'hygiène à la Faculté de médecine de Montpellier, en remplacement de M. Guy, dont le temps d'exercice est expiré. — Un congé sans traitement, pour l'année scolaire 1890-1891, est accordé, sur sa demande, à M. BROUSSE, chef de travaux d'histologie et d'anatomie pathologique du laboratoire des cliniques à la Faculté de médecine de Montpellier. — M. BOINET, agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier, est chargé, en outre, des fonctions de chef de travaux d'histologie et d'anatomie pathologique du laboratoire des cliniques à ladite Faculté, pendant la durée du congé accordé à M. Brousse (année scolaire 1890-1891).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — Un congé, sans traitement, du 1er novembre 1890 au 31 octobre 1891, est accordé, sur sa demande, à M. Dumont, aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Nancy.

ECOLE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — Les Elèves du service de santé des ports de Brest, Rochefort, Toulon, ralliant l'Ecole de médecine navale de Bordeaux, à la suite des vacances scolaires, n'ont droit à aucune indemnité de route. Il en est de même lorsqu'ils se rendent dans une Faculté pour y subir un examen de doctorat. Toutefois, ils ont droit à la réduction des tarifs sur les voies ferrées, s'ils ont souscrit l'engagement militaire.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — *Université de Madrid.* — Une députation de deux cents étudiants de Madrid s'est rendue auprès du ministre de l'instruction publique pour lui demander la suspension des cours pendant la durée de l'épidémie de petite vérole. Le ministre a répondu aux étudiants qu'il y serait fait droit. Il aurait mieux fait de les faire revacciner. Il leur aurait ainsi rendu plus de service.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'Externat.* Les questions posées à l'épreuve d'anatomie ont été : *Clavicule: articulation tibiotarcienne; rapports de l'estomac.* A l'épreuve de pathologie (séance des volontaires), la dernière question posée a été : *Appareil plâtré pour fracture de jambe sans plaie.*

Dentistes des Hôpitaux. — Par suite du décès de M. Moreau-Manoury, M. le Dr Th. David, dentiste de la Pitié, passe à la Pitié. — M. le Dr BROCHARD-RIGAUD est nommé dentiste de l'hôpital de la Pitié.

LE PROJET DE LOI SUR LES UNIVETSITÉS AU SÉNAT. — Le Sénat a nommé mercredi dernier, dans ses bureaux, une commission chargée d'examiner les projets de loi sur les Universités. Ont été élus : MM. Magnin, de Marcère, H. Maze, Challemel-Lacour, Bardoux, Berthelot, Barthélemy-Saint-Hilaire, Jules Simon, de Rozière. Les commissaires, à l'exception de MM. Magain et Barthélemy-Saint-Hilaire, sont favorables au principe décentralisateur du projet. Quelques-uns cependant font de sérieuses réserves. M. Berthelot demande que la loi détermine les futurs centres universitaires ; M. Bardoux critique la façon dont sont établis les rapports des Universités avec l'État et les attributions des futurs recteurs. M. de Marcère trouve le projet insuffisant et pas assez étudié. Par contre, M. Maze admet le système proposé par le projet pour la détermination des villes où seront établies les Universités. Quant aux deux adversaires, ils sont opposés au projet pour les raisons suivantes : M. Barthélemy-Saint-Hilaire est contraire à la décentralisation, et M. Magnin verrait avec peine disparaître les petites Facultés, aujourd'hui trop peu importantes pour être transformées en Universités.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr LASSÈGUE, médecin-directeur de l'hospice maritime de Cap-Breton. — M. le Dr René CALMETTES, décédé à l'âge de 39 ans, chevalier de la Légion d'honneur, médecin de la grande chancellerie de la Légion d'honneur. C'était un otologiste distingué. — M. le Dr Auguste-Paul MAUGIN, ancien interne des hôpitaux de Paris (reçu en 1885), de la promotion de MM. Péan, Jaccoud, Ball, etc., et ancien adjoint au maire de la ville de Douai. Ce décès imprévu cause d'unanimes regrets dans une ville où chacun avait pu apprécier le caractère et les qualités qui distinguaient M. Maugin. Républicain convaincu et dévoué, il avait fait partie, pendant quinze années, de l'administration républicaine de la ville de Douai. — M. le Dr Antonio Maria DE SEUNA, médecin portugais. — M. le Dr RICHE, médecin militaire.

Phthisie, Bronchites chroniques. —EMULSION MARCHAIS.

Phthisie. VIN DE BAYARD à la peptone phosphatée, le plus puissant reconstituant de la thérapeutique. Une à deux cuillerées par repas.

PEPTONATE DE FER ROBIN. — 10 à 20 gouttes par repas. (Chloro-Anémie).

Précieuse. Source de VALS, très efficace contre les affections du Foie et de la Vessie. (Calculs, Gravelle, Diabète, Goutte, etc.) *Prescrite par les Médecins des Hôpitaux de Paris.*

Albuminate de fer soluble (LIQUEUR DE LAPRADE) le plus assimilable des ferrugineux (Pr Gubler). Une cuillerée à chaque repas. Chlorose et troubles de la menstruation, c'est le fer gynécologique par excellence.

Dyspepsie. — VIN DE CHASSAING. —*Pepsine.* — *Diastase.*

ANÉMIE LA BOURBOULE Enfants débiles, voies respiratoires MALADIES DE LA PEAU, RHUMATISMES DIABÈTE

Avis à nos lecteurs.

Nous rappelons à nos lecteurs, à nos abonnés et à nos collaborateurs que tout ce qui concerne la rédaction (livres, journaux, manuscrits, communications, etc.) *doit être adressé au Rédacteur en chef, et tout ce qui concerne l'Administration* (abonnements, librairie, annonces, changements d'adresse, mandats) *à M. Hippolyte Durand.*

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 3 novembre.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès Médical.

RECHERCHES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES SUR L'ÉPILEPSIE, L'HYSTÉRIE ET L'IDIOTIE (*Compte rendu du Service des Enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pendant l'année* 1889), par Bourneville, Sollier et Pilliet. Un volume in-8° de LVI-188 pages. — Prix . . . . . 5 fr.

Chronique des Hôpitaux.

HÔPITAL DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Chaire de clinique des maladies nerveuses.* — M. le Pr CHARCOT reprendra ses *Leçons du Mardi* le mardi 28 octobre 1890.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — *Clinique chirurgicale.* M. PÉAN a repris ses cliniques depuis le samedi 25 octobre, à 9 heures. Il les continuera les samedis suivants à la même heure.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

© ANM

17e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. X. N° 45. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 8 NOVEMBRE 1889.

Le Progrès Médical (Numéro des Étudiants)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Enseignement municipal de la médecine.

L'étude et la discussion des questions relatives à l'*enseignement de la médecine*, qui ont tant occupé de place dans le *Progrès médical* depuis sa fondation, sont, à l'heure actuelle, l'objet de nombreux articles dans la plupart des journaux spéciaux. On examine la question du maintien, de la réduction ou même de la suppression des Ecoles préparatoires de médecine; on discute les avantages ou les inconvénients de la fondation de nouvelles Facultés de médecine. Marseille, Nantes et Toulouse réclament leur Faculté. Toulouse a peut-être la sienne au moment où nous écrivons. La multiplicité des centres d'enseignement, surtout s'ils sont installés dans des villes suffisamment importantes pour assurer de sérieux moyens d'étude, ne nous effraie pas. La concurrence que se feront les Facultés, l'émulation qui devra en résulter ne pourront que tourner au bénéfice de la Science et de la Société.

Les Facultés devront veiller plus que jamais à ce que leur enseignement soit bien fait et dans son intégralité; elles devront apporter le plus grand soin dans le choix de leurs professeurs et ne pas accepter de tempérament dans l'application de la limite d'âge (1).

Si l'on veut que les Facultés ne périclitent pas, il est nécessaire de leur accorder toute liberté pour l'organisation de leur enseignement. L'Etat doit exiger l'exécution d'un *programme minimum*, laissant les Facultés libres de faire davantage. La valeur d'une Faculté ne devrait pas être jugée d'après le nombre de ses élèves, mais d'après les connaissances des médecins qui sortent de chez elle. Les adversaires des nouvelles Facultés redoutent qu'elles ne cherchent à attirer le plus grand nombre possible d'étudiants, en se montrant plus accommodantes aux examens, au détriment du niveau des études. Le remède est tout indiqué : Il faut instituer un *corps examinant distinct du corps enseignant*.

Liberté pour les Facultés de médecine anciennes ou nouvelles d'introduire dans leur enseignement tous les perfectionnements qu'elles jugeront utiles ; liberté pour les villes qui ont des ressources scientifiques incontestables et qui consentent à faire des sacrifices financiers suffisants, d'avoir des Ecoles préparatoires ou des Facultés de médecine. C'est en conformité de ces principes que nous avons depuis bien longtemps réclamé l'*organisation de l'enseignement municipal de la médecine* à Paris. Cet enseignement, dans notre pensée, n'a rien qui puisse blesser la Faculté de médecine de l'Etat, ni aller à l'encontre de ses intérêts et de ses prérogatives. Suivant nous, la Faculté de Paris devrait toujours être la première, nous disons plus, elle devrait être en quelque sorte une *Faculté supérieure* où l'élite des médecins viendrait parachever ses études. Mais la Faculté de médecine de Paris n'utilise qu'une minime partie des richesses scientifiques que fournit la capitale (1). Rappelons ces richesses et montrons une fois de plus ce que peuvent fournir d'éléments d'instruction les *hôpitaux* et les *policliniques*. Il en ressortira un fait indéniable : c'est qu'avec peu de sacrifices Paris peut avoir son enseignement municipal de la médecine.

L'*Amphithéâtre d'anatomie* des hôpitaux, connu vulgairement sous le nom d'Amphithéâtre de Clamart, donne déjà l'enseignement de l'*anatomie*; il possède un *personnel enseignant* qu'il serait facile d'augmenter; on trouverait aisément, parmi les anciens internes ou les internes actuels des hôpitaux les aides d'anatomie nécessaires. L'*histologie normale* et la *physiologie* y sont également enseignées. L'amphithéâtre d'anatomie peut être d'autant mieux pourvu des corps indispensables aux études anatomiques qu'il dépend des hôpitaux. Le *musée* qui y existe, et qu'il est si facile de développer, procure également de précieux moyens d'étude. Durant l'été, l'enseignement de l'anatomie est remplacé par celui de la *médecine opératoire*. Comme on le voit, il serait facile de transformer l'amphithéâtre de Clamart en un excellent *Institut anatomique* (2).

L'administration de l'Assistance publique et, partant, la Ville de Paris, possède 30 hôpitaux ou hospices (3), comprenant 98 services de médecine, 42 services de chirurgie, 8 services d'accouchements, 7 services d'aliénés. La Faculté de médecine n'utilise que 16 de ces services. C'est à tirer bénéfice des QUATRE-VINGT-DEUX autres que nous n'avons cessé d'engager le Conseil municipal et l'Assistance publique.

La *pathologie interne*, ou mieux la *clinique médicale*, pourrait être professée, sinon par tous les médecins, au moins par la majorité d'entre eux. Il pourrait en être de même pour la *thérapeutique*.

La *pathologie externe*, ou mieux la *clinique chirurgicale* pourraient être enseignées dans 136 services.

La création, sur notre proposition en 1881, de médecins accoucheurs des hôpitaux, la réorganisation des services d'accouchements et l'organisation de nouvelles maternités, mettent à la disposition de l'enseignement de l'*obstétrique* et de la *gynécologie* 8 maîtres, parfaitement en mesure d'obtenir ce résultat : Qu'aucun jeune docteur ne s'engage dans la clientèle sans connaître à fond la pratique des accouchements.

(1) Aujourd'hui la limite d'âge est fixée à 70 ans, sauf pour les membres de l'Institut qui sont maintenus dans leur chaire jusqu'à 75 ans. Il serait injuste de changer pour eux la limite d'âge, mais l'intérêt de l'enseignement exigerait qu'une loi nouvelle fixât la limite d'âge à 65 ans, sans distinction, pour les *futurs professeurs*.

(1) *Les Hôpitaux à la Faculté* (n° des Etudiants du 4 novembre 1876, p. 742). — (2) Voir page 345. — (3) Sans compter Berck, Forges, La Roche-Guyon et les Fondations.

© ANM

Les accidents qui se produisent chaque jour et dont les victimes se trouvent généralement conduites dans les hôpitaux, empoisonnements, tentatives de suicide, victimes d'agression, d'homicides, d'attentats aux mœurs, etc., etc., donneraient tous les éléments nécessaires à un bon enseignement de la *médecine légale*. Il serait superflu de parler longuement des ressources que possèdent les hôpitaux au point de vue de l'*anatomie pathologique*. Chaque jour, dans tous les hôpitaux, il se fait des autopsies. Il conviendrait de voir s'il serait avantageux de charger un jeune docteur, ancien interne des hôpitaux, de l'enseignement de la technique des autopsies.

Parmi les médecins des hôpitaux, il en est qui s'occupent spécialement d'hygiène et font partie, soit du Comité consultatif d'hygiène de France, soit du Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine : voilà tout indiqués des professeurs d'*hygiène*. D'autres s'adonnent d'une façon particulière à l'étude de la *thérapeutique*. Cette branche de l'enseignement serait donc, elle aussi, très facilement pourvue.

Les *maladies des oreilles*, des *yeux*, du *larynx*, etc., ont déjà été et sont encore enseignées par des médecins ou des chirurgiens des hôpitaux. Le jour où l'on voudrait sérieusement organiser leur enseignement dans les hôpitaux, les maîtres ne manqueraient pas. D'ailleurs, on pourrait aisément combler les lacunes avec les membres de l'Enseignement libre, de la Policlinique ou de la Clinique générale. Le Midi et Lourcine, absolument inutilisés par la Faculté, Saint-Louis, où un seul des six services affectés aux *maladies de la peau* sert à la Faculté, peuvent fournir tous les éléments d'un enseignement incomparable des maladies vénériennes et des maladies de la peau.

En ce qui concerne la *psychiatrie*, le Conseil municipal dispose directement des trois services de la Salpêtrière, des quatre services de Bicêtre et, indirectement, de trois des quatre services de l'Asile clinique (Sainte-Anne). Déjà, MM. Dubuisson, J. Falret, Magnan, Séglas et A. Voisin font des cours cliniques. Cet enseignement, qui est si incomplet dans la plupart de nos Facultés et presque nul dans les Ecoles préparatoires, a pourtant une très grande importance, non seulement au point de vue des malades, mais encore au point de vue médico-légal et social. Les journaux qui maltraitent les médecins, abominent la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés, sans la connaître ; qui comparent les asiles à des bastilles modernes, sans les avoir jamais visités, rendraient beaucoup plus de services s'ils réclamaient énergiquement des pouvoirs publics un enseignement complet des maladies mentales (1).

Tous les établissements hospitaliers ont un pharmacien nommé au concours. Les uns ou les autres sont en mesure d'enseigner la *pharmacologie*, la *matière médicale*, la *chimie* et la *physique médicales*.

Médecins, chirurgiens, accoucheurs, trouveraient dans leurs internes des aides parfaitement en mesure de compléter leur enseignement. Les améliorations que nous avons réclamées pour les internes (augmentation de traitement (2), habitation plus confortable, assimilation aux internes des asiles sous le rapport des avantages en nature) étaient destinées, dans notre pensée, à les intéresser à cette réforme et à permettre de réclamer leur participation à l'enseignement, en échange des nouveaux avantages qui leur étaient accordés.

(1) Voir, dans le n° des Etudiants de 1889, l'article que nous avons consacré à l'*Enseignement de la psychiatrie*.

(2) Voir Rapport sur le budget pour 1882, n° 85, p. 28.

Comme on le voit, le Conseil municipal et l'Assistance publique disposent d'un *personnel enseignant* considérable et d'une valeur indiscutable. Ils disposent de nombreux établissements où sont reçus des malades de toute catégorie. En outre, la plupart des hôpitaux possèdent des *amphithéâtres de cours*. C'est en vue d'un enseignement municipal de la médecine que nous avons participé activement à la création des *bibliothèques médicales* des hôpitaux, que nous avons réclamé pour elles des subventions annuelles au Conseil municipal. C'est dans le même but que nous avons demandé que l'Administration favorisât par des allocations spéciales la création de *musées* dans les hôpitaux. C'est encore pour la même raison que nous avons insisté pour l'installation de *laboratoires* réunis dans un bâtiment spécial, afin de remplacer les laboratoires disséminés dans les services, au grand détriment de l'hygiène de l'hôpital (1). A peu de frais, il est donc facile aujourd'hui, en poursuivant l'exécution de ce programme, de doter l'enseignement municipal de la médecine de tout l'outillage dont il a besoin.

Assurément, une réforme de cette importance ne peut être réalisée du jour au lendemain ; mais il est aisé de la commencer de suite. Dans ce but, ainsi que nous l'avons déjà demandé bien des fois, il suffirait d'allouer une modeste subvention à tous les médecins, chirurgiens et accoucheurs qui s'engageraient à faire des cours et à donner des leçons pratiques au lit du malade. Aucune contrainte ne peut être exercée vis à vis du corps médical actuel des hôpitaux, mais aux futurs médecins ou chirurgiens on pourrait imposer dans les règlements la condition de faire de l'enseignement. Ce que nous avons voulu, c'est montrer une fois de plus que le Conseil municipal et l'Assistance publique, le jour où ils le voudront, peuvent créer un grand enseignement qui rendrait des services d'une importance indiscutable à la science et aux malades. La société tout entière en tirerait profit, car elle aurait à sa disposition des médecins beaucoup plus instruits et expérimentés qu'ils ne peuvent l'être maintenant, en raison du petit nombre des cliniques officielles.

La thèse que nous soutenons n'est pas nouvelle. Nous avons eu dans cette voie des précurseurs. Parmi eux, et en tête, nous placerons notre vénéré maître, M. Delasiauve, qui, dès 1858, a mis en relief, dans des articles remarquables, publiés par le journal le *Siècle*, les richesses qu'offraient les hôpitaux de Paris et leur personnel pour l'enseignement clinique (2). Pendant longtemps, nous avions été à peu près le seul à réclamer l'accomplissement de cette réforme. Dans ces derniers temps, notre ami le Dr Huchard, directeur de la *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, est venu apporter à notre thèse l'appui de son autorité et de son talent. Nous soumettons, de nouveau, la question au Conseil municipal. Après avoir organisé l'enseignement primaire, l'enseignement professionnel, créé de nouveaux établissements d'enseignement secondaire, fondé plusieurs chaires d'enseignement supérieur, il lui reste à poursuivre son œuvre, en instituant l'ENSEIGNEMENT MUNICIPAL DE LA MÉDECINE. En le faisant, il rendra de nouveaux services et contribuera à la renommée scientifique de la grande cité qu'il représente.

BOURNEVILLE.

(1) Voir entre autres notre *Rapport sur la réinstallation du service des morts de l'hôpital Laënnec*, 1883, n° 37.

(2) *De l'enseignement clinique dans les hôpitaux de Paris.* (*Siècle*, du 17 septembre, des 3 et 7 octobre 1858.)

© ANM

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE SCOLAIRE 1890-1891.

Les Cours du Semestre d'Hiver auront lieu dans l'ordre suivant à partir du 3 novembre 1890.

I. *Cours.* — *Anatomie :* M. FARABEUF. Partie sous-ombilicale du corps humain. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique). — *Pathologie médicale :* M. DIEULAFOY. Maladies générales et infectieuses. Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures (Grand Amphithéâtre). — *Chimie médicale :* M. GAUTIER. Chimie générale : Métaux, leurs applications à la médecine. Jeudi, samedi ; Chimie biologique : Sécrétions, tissus. Mardi, à 1 heure (Grand Amphithéâtre). — *Pathologie chirurgicale :* M. LANNELONGUE. Pathologie générale chirurgicale. Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures (Grand Amphithéâtre). — *Opérations et Appareils :* M. TILLAUX. Médecine opératoire et affections chirurgicales des membres. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique). — *Histologie :* M. Mathias DUVAL. Les landes sexuelles ; la fécondation et les dérivés blastodermiques ; le sang et les vaisseaux ; le système musculaire ; le tissu conjonctif et le système lymphatique ; le système nerveux et les organes des sens. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique). — *Histoire de la Médecine et de la Chirurgie* (fondation Salmon de Champotrau) : M. LABOULBÈNE. La période et médecins arabes ; nosographie historique ; biographie et bibliographie médicales. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Petit Amphithéâtre). — *Conférences de Médecine légale :* M. BROUARDEL. Exercices de médecine légale. Lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures (à la Morgue).

II. *Cliniques.* — *Cliniques médicales :* MM. G. SÉE, à l'Hôtel-Dieu, lundi et vendredi, à 10 heures. POTAIN, à la Charité, mardi et samedi, à 10 heures. JACCOUD, à la Pitié, mardi et samedi, à 9 h. 1/2. PETER, à l'hôpital Necker, mercredi et vendredi, à 10 heures. — *Cliniques chirurgicales :* MM. VERNEUIL, à l'Hôtel-Dieu, mardi et samedi, à 10 heures. LE FORT, à la Pitié, mardi et jeudi, à 9 h. 1/2. DUPLAY, à la Charité, lundi et vendredi, à 9 h. 1/2. LE DENTU, à l'hôpital Necker, mardi, jeudi et samedi, à 9 h. 1/2. — *Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale :* M. BALL, à l'asile Sainte-Anne, dimanche et jeudi, à 10 h. — *Clinique des maladies des enfants :* M. GRANCHER, à l'Hôpital des Enfants-Malades, mardi et samedi, à 4 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 ophtalmologique :* M. PANAS, à l'Hôtel-Dieu, lundi et vendredi, à 9 h. 1/2. — *Cliniques d'accouchements :* M. TARNIER, à la Clinique de la Faculté, mardi, jeudi et samedi, à 9 heures ; M. PINARD, à la Clinique de la Maternité, lundi, mercredi et vendredi, à 9 heures. — *Clinique des maladies des voies urinaires :* M. GUYON, à l'Hôpital Necker, lundi, mercredi et vendredi, à 9 h. 1/2. — Visite des maladies tous les matins. — *Professeurs honoraires :* MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, RICHET.

III. *Conférences.* — *Physique :* M. WEISS, agrégé. Phénomènes généraux et applications biologiques de l'électricité et de l'optique. Lundi, mercredi et vendredi, à midi (Petit Amphithéâtre). — *Histoire naturelle :* M. BLANCHARD, agrégé. Zoologie médicale. Lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique). — *Physiologie :* M. REYNIER, agrégé. Organes des sens ; fonctions de génération. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures (Petit Amphithéâtre de l'Ecole pratique). — *Pathologie mentale et maladies de l'encéphale* M. BALLET, agrégé. Pathologie mentale et maladies de l'encéphale. Mardi, jeudi et samedi, à 4 heures (Amphithéâtre Laënnec). — *Pathologie interne :* M. QUINQUAUD, agrégé. Appareil respiratoire. Lundi mercredi, vendredi, à 4 heures (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique). — *Pathologie externe :* M. TUFFIER, agrégé. Maladies de l'abdomen et des organes génitaux de l'homme. Mardi, jeudi et samedi, à 5 heures (Petit Amphithéâtre). — *Obstétrique :* M. MAYGRIER, agrégé. Grossesse ; accouchements ; suites de couches. Mardi, jeudi et samedi, à 5 heures (Grand Amphithéâtre). — *Anatomie pathologique :* M. LETULLE, agrégé. Inflammations ; dégénérescences ; parasites et leur rôle dans les maladies infectieuses ; tumeurs. Mardi, jeudi et samedi, à 4 heures (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique). — *Anatomie* (cours du chef des travaux anatomiques) : M. POIRIER, agrégé, chef des travaux. Anatomie topographique : face ; cou ; poitrine. Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique.)

IV. *Travaux pratiques.* — *Anatomie :* M. POIRIER, agrégé, chef des Travaux anatomiques. Dissection ; démonstrations par les prosecteurs et les aides d'anatomie. Tous les jours, de midi à 4 heures (Ecole pratique). — *Histoire naturelle :* M. FAGUET, chef des Travaux. Exercices pratiques : Zoologie et botanique ; conférences et démonstrations. Lundi, mercredi et vendredi, de 9 heures à 11 heures (Ecole pratique). — *Chimie médicale :* M. HANRIOT, agrégé, chef des Travaux. Manipulations de chimie : Conférences et démonstrations. Mardi, jeudi, samedi, de 8 heures à 10 h. 1/2 (Ecole pratique). — *Physique médicale :* M. WEISS, agrégé, chef des Travaux. Manipulations de physique ; Conférences et démonstrations. Lundi, mercredi et vendredi, de 4 heures à 6 heures (Ecole pratique). — *Anatomie pathologique :* M. BRAULT, chef des Travaux. Exercices pratiques d'anatomie pathologique ; conférences et démonstrations. Tous les jours, à 2 heures (Laboratoire des travaux d'anatomie pathologique). — *Histologie :* M. RÉMY, agrégé, chef des travaux. Exercices pratiques d'histologie ; Conférences et démonstrations. Mardi, jeudi et samedi, de 2 h. 1/2 à 4 heures (Ecole pratique). — Des affiches spéciales annonceront les dates de l'ouverture des cours et des travaux pratiques.

V. *Division des Etudes.* — *Première année :* Chimie médicale, physique médicale, histoire naturelle médicale, histologie. — Travaux pratiques obligatoires (doctorat et officiat) : chimie, physique, histoire naturelle.

Deuxième année : Anatomie, histologie, physiologie, pathologie interne, pathologie externe. — Travaux pratiques obligatoires (doctorat) : anatomie. — 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, histologie. — 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.

VI. — *Renseignements.* 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 h. 1/2 à 10 heures.

Semestre d'Été.

Voici la liste des professeurs qui font leurs cours pendant le semestre d'été : M. Ch. RICHET (*physiologie*) ; — M. DEBOVE (*pathologie médicale*) ; — M. REGNAULD (*pharmacologie*) ; — M. PROUST (*hygiène*) ; — M. STRAUS (*pathologie expérimentale et comparée*) ; — M. BAILLON (*histoire naturelle médicale*) ; — M. HAYEM (*thérapeutique et matière médicale*).

Agrégés en exercice.

1re SECTION. — *Sciences anatomiques et physiologiques :* MM. Reynier, Quénu, Retterer et Gley.

2e SECTION. — *Sciences physiques et naturelles.* — *Physique :* M. Weiss. — *Chimie :* M. Fauconnier et Pouchet. — *Pharmacologie :* M. Villejean. — *Histoire naturelle :* M. Blanchard (Raphaël).

3e SECTION. — *Médecine proprement dite et médecine légale :* MM. Hanot, Quinquaud, Hutinel, Robin (Alb.), Brissaud, Ballet, Déjerine, Chauffard, Chantemesse, Marie, Gilbert, Letulle et Netter.

4e SECTION. — *Chirurgie et accouchements.* — *Chirurgie :* MM. Schwartz, Jalaguier, Brun, Kirmisson, Segond, Campenon, Nélaton, Tuffier et Ricard. — *Accouchements :* MM. Ribemont-Dessaignes, Maygrier et Bar.

Travaux pratiques et Stage.

A. — 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 (Déc. du 20 juin 1878, art. 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

© ANM

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'*Official* 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 ; exercices ; démonstration d'histologie. — *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 : Physique, chimie, histoire naturelles, durent toute l'année ; ceux d'histologie ont lieu pendant le semestre d'hiver. 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.

Travaux pratiques (1re année). — Les travaux pratiques de *physique*, de *chimie* et d'*histoire naturelle* commenceront à partir du lundi 10 novembre 1890. Ils auront lieu, pendant le 1er semestre 1890-91, aux jours et heures ci-après désignés, à l'école pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine : 1° *physique* : lundi, mercredi, vendredi, de 4 à 6 heures du soir. — 2° *chimie* : mardi, jeudi, samedi, de 8 à 10 heures et demie du matin. — 3° *histoire naturelle* : lundi, mercredi, vendredi, de 9 à 11 heures du matin. (Pour les travaux pratiques d'histoire naturelle, deux séries d'exercices seront organisées). Des lettres de convocation seront adressées au domicile de MM. les étudiants.

Travaux pratiques d'histologie (1re année) sous la direction de M. Rémy, agrégé, chef des travaux. — Les travaux pratiques d'histologie sont *obligatoires pendant le semestre d'hiver, pour tous les étudiants de première année.* Ils auront lieu les mardi, jeudi et samedi, de 2 h. 1/2 à 4 heures, au laboratoire des travaux pratiques d'histologie (Ecole pratique) à partir du samedi 15 novembre 1890. Des lettres de convocation seront adressées au domicile de MM. les étudiants.

Travaux pratiques d'anatomie pathologique, sous la direction de M. le Dr Brault, chef des travaux. — Les travaux pratiques d'anatomie pathologique ont commencé le lundi 3 novembre 1890. MM. les Etudiants pourvus de 12 inscriptions régulières (la 12e ayant été prise en juillet 1890), sont priés de se faire inscrire, pour lesdits travaux, au secrétariat de la Faculté (guichet n° 2), tous les jours, à partir du lundi 13 octobre 1890, jusqu'au samedi 29 novembre inclus, et de midi à 3 heures. — Ils peuvent demander leur inscription par écrit. Des lettres de convocation leur seront adressées à domicile. 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.

Exercices de dissection, sous la direction de M. P. Poirier, agrégé, chef des Travaux anatomiques. — *Ostéologie* : Les Elèves de seconde année doivent, avant d'être admis à disséquer, subir l'examen préalable d'ostéologie. Ils sont invités à se faire inscrire dans le plus bref délai au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 2), de midi à 3 heures. Les démonstrations d'Ostéologie ont commencé le lundi 20 octobre. — II. *Dissection* : Les pavillons de dissection seront ouverts à partir du lundi 10 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 Etudiants de 1re année ne prennent point part aux travaux anatomiques. *b)* Les exercices de dissection sont obligatoires pour tous les étudiants de 2e et de 3e années : les inscriptions ne leur sont point accordées sans certificat de dissection, et ils ne peuvent être admis à subir le 2e examen de doctorat (Anatomie) s'ils n'ont 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 série sera faite dans l'ordre suivant : 1° Elèves obligés, 2e et 3e années (suivant la date de la prise de l'inscription trimestrielle (5e ou 9e). 2° Elèves non obligés et docteurs. Les lettres de convocation seront adressées au domicile des élèves.

B.—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 service hospitalier, dans les conditions indiquées aux affiches trimestrielles.

Personnel des travaux pratiques.

Chimie. — *Chef des travaux* : M. Hanriot, agrégé. — *Préparateur* : M. Grolous ; — *Préparateurs adjoints* : MM. de Thierry, Bouveault, Saint-Pierre et de Person.

Physique. — *Chef des travaux* : M. Weiss ; — *Préparateurs adjoints* : MM. Sandoz et Mergier.

Histoire naturelle. — *Chef des travaux* : M. Faguet. — *Préparateurs adjoints* : Botanique : MM. Meurisse, Gastinel ; — Zoologie : M. Artault.

Histologie. — *Chef des travaux* : M. A. Rémy. — *Chef adjoint* : M. Variot. — *Préparateur* : M. Chatellier. — *Aides* : MM. Launois, Girode, Pilliet, Moreau, Martiu-Dürr, de Grandmaison.

Anatomie. — *Chef des travaux* : M. Poirier. — *Prosecteurs* : MM. Villemin, Delbet, Potherat, Thierry, Rieffel, Legueu, Regnauld (Jonesco, délégué provisoire). — *Aides d'anatomie titulaires* : MM. Chevalier, Calot, Pfender, Dagron, Isch-Wall, Arnould, Faure, Mauclaire, Chipault, Delagénière, Noguez, Guillemin, Jacob, Arrou, Lafourcade et Blaise. — *Chef du matériel* : M. Delahousse.

Physiologie. — *Chef des travaux* : M. Laborde. — Laboratoire de M. le Pr Richet, Charles ; M. Langlois, chef de laboratoire ; M. Héricourt, chef adjoint. — *Travaux pratiques* : M. Rondeau, chef adjoint ; M. Saint-Hilaire, préparateur.

Anatomie pathologique. — *Chef des travaux* : M. Brault. — Laboratoire de M. le professeur Cornil : M. Chantemesse, chef de laboratoire ; M. Toupet, préparateur. — *Travaux pratiques* : *Préparateur*, M. Widal. — *Moniteurs* : MM. Parmentier, Nicolle, Legry et Hudelo.

Inscriptions. Formalités à remplir.

I. *Inscription des élèves nouveaux.* — L'inscription des élèves nouveaux a lieu tous les jours, de midi à trois heures, au secrétariat de la Faculté, depuis le 15 octobre jusqu'au 15 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 écoles supérieures de plein exercice et préparatoires). Art. 1er. — Un règlement préparé par la Faculté 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 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 Conseil de la Faculté peut accorder l'autorisation de prendre une inscription après la clôture du registre. Pour des motifs graves, le Conseil de la Faculté peut accorder l'autorisation de prendre les deux premières

© ANM

inscriptions 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 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. (La signature doit être légalisée.) 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 30 juillet 1886), à défaut d'un diplôme de bachelier, justifier du certificat d'études spécial délivré par le Recteur. Les candidats 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 portant sur les éléments de Physique, de Chimie et d'Histoire naturelle, conformément au programme de l'enseignement secondaire spécial, pourront prendre leur première inscription sans produire le certificat d'études spéciales délivré par le Recteur et institué par le décret du 30 juillet 1886.

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.

Art. 6. — Tout étudiant convaincu d'avoir pris une inscription pour une 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 à laquelle appartient l'étudiant.

Art. 23. — Le dossier de l'élève d'un établissement d'enseignement supérieur qui veut passer d'une Faculté dans une autre, ou dans une Ecole, 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 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 de délivrer le certificat, le Ministre statue après enquête.

Art. 27. — Tout étudiant qui, sans motif jugé valable par la Faculté, 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. Les inscriptions d'officiers de santé ne seront, en aucun cas, converties en inscriptions de Doctorat pour les élèves en cours d'études ; cette conversion pourra être autorisée en faveur des Officiers de santé qui ont exercé la médecine pendant deux ans au moins. (Décret du 20 juin 1878.)

Dyspepsie. — VIN DE CHASSAING. — *Pepsine.* — *Diastase.*

Phthisie, Bronchites chroniques. — EMULSION MARCHAIS.

Dyspepsie. Anorexie. — Ces états pathologiques si fréquents et qui compromettent si gravement la nutrition, sont rapidement modifiés par l'Elixir et pilules GREZ Chlorhydro-pepsiques (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.

Albuminate de fer soluble (LIQUEUR DE LAPRADE) le plus assimilable des ferrugineux (Pr Gubler). Une cuillerée à chaque repas. Chlorose et troubles de la menstruation, c'est le fer gynécologique par excellence.

Phthisie. VIN DE BAYARD à la peptone phosphatée, le plus puissant reconstituant de la thérapeutique. Une à deux cuillerées par repas.

Précieuse. Source de VALS, très efficace contre les affections du Foie et de la Vessie. (Calculs, Gravelle, Diabète, Goutte, etc.) *Prescrite par les Médecins des Hôpitaux de Paris.*

1er trimestre de l'année scolaire 1890-91. — Inscriptions consignations et travaux pratiques.

Inscriptions, consignations et travaux pratiques.

(1er Trimestre de l'année scolaire 1890-91.)

I. — *Inscriptions.* — Le registre d'inscriptions sera ouvert le jeudi 16 octobre. Il sera clos le samedi 22 novembre, à 3 heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à 3 heures de l'après-midi : 1° Inscriptions de première, de deuxième et de troisième années de doctorat ; de première et de deuxième années d'officiat, les jeudi 16, vendredi 17, samedi 18, mercredi 22, jeudi 23, vendredi 24, samedi 25, mercredi 29, jeudi 30, vendredi 31 octobre, et les mercredi 5, jeudi 6, vendredi 7, samedi 8, mercredi 12, jeudi 13, vendredi 14, samedi 15 novembre. 2° Inscriptions de quatrième année de doctorat, de troisième et quatrième années d'officiat, les mercredi 19, jeudi 20, vendredi 21 et samedi 22 novembre. MM. les Etudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours et heures ci-dessus désignés. L'inscription trimestrielle ne sera accordée en dehors de ces dates que pour des motifs sérieux et appréciés par le Conseil de la Faculté.

MM. les Etudiants sont priés de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté ; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leurs inscriptions. Les numéros d'ordre pour les inscriptions de 4e année de doctorat et de 3e et 4e années d'officiat (soumises au stage) ne seront distribués qu'à partir du mardi 18 novembre 1890.

Avis spécial à MM. les Internes et Externes des Hôpitaux. — MM. les Etudiants, 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 1889-1890. Ce certificat doit être visé par le Directeur de l'Etablissement hospitalier auquel l'Etudiant est attaché. Ces formalités sont de rigueur : Les inscriptions seront refusées aux Internes et Externes des Hôpitaux qui négligeraient de les remplir.

II. — *Consignations pour Examens.* — Les bulletins de versement des droits de consignation pour tous les Examens seront délivrés, à partir du 13 octobre, le lundi et le mardi de chaque semaine, de midi à 3 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 13 et le mardi 14 octobre, conformément à l'avis déjà donné au mois de juillet. Les consignations pour examens de fin d'année ne seront reçues que sur présentation d'une autorisation spéciale : Sont dispensés de cette autorisation les élèves ajournés en juillet.

III. — *Travaux pratiques.* — Les travaux pratiques sont obligatoires ou facultatifs. Ils sont obligatoires pour tous les Etudiants aspirant au Doctorat ou à l'Officiat. Ils sont facultatifs pour les Etudiants 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 Etudiants ayant 16 inscriptions ; 2° Les Docteurs français ; 3° Les Docteurs et Etudiants en médecine 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'Etudiants.* — Les cartes d'Etudiants, pour l'année scolaire 1890-1891, seront délivrées au Secrétariat de la Faculté, aux jours et heures indiqués pour les inscriptions et consignations.

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.

© ANM

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 *phtisie* 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 1890, au meilleur ouvrage sur la *fièvre typhoïde*.

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 1890, il y aura lieu de décerner le prix annuel seulement.

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 de Doctorat en médecine.

A. — Bourses de l'État. — *Arrêté du Ministre de l'Instruction publique concernant le mode de concession des bourses du doctorat en médecine* (15 novembre 1879).

Art. 1er. — Les bourses de doctorat en médecine sont données au concours pour une année. Les concours ont lieu au siège des Facultés.

Art. 2. — Le concours comprend deux épreuves : Une épreuve écrite ; — une épreuve orale. Trois heures au plus sont accordées pour l'épreuve écrite ; L'épreuve orale ne peut durer plus d'un quart d'heure pour chaque candidat. Le mérite de chacune des épreuves, écrite et orale, sera exprimé en chiffres de 0 à 20.

Art. 3. — Les candidats s'inscrivent au Secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Ils doivent être Français et âgés de dix-huit ans au moins et de vingt-huit au plus. Ils désignent en s'inscrivant, la Faculté à laquelle ils désirent être attachés, et joignent à cette déclaration les pièces énumérées dans l'article 2 du Règlement du 5 novembre 1877.

(Ces pièces sont : 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 leur sortie des dits établissements ; 4° un certificat du chef ou des chefs des dits établissements constatant, avec une appréciation du caractère et de l'aptitude du candidat, l'indication des succès qu'il a obtenus dans le cours de ses classes, et des renseignements sur la situation de fortune de sa famille.)

Art. 4. — Les candidats pourvus des grades de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences restreint, qui ont subi chacun de ces examens avec la note *Bien*, pourront obtenir une bourse de première année.

Art. 5. — Sont admis à concourir : 1° Les candidats qui ont subi avec la note *Bien*, le premier examen probatoire prévu par l'article 3 du décret du 20 juin 1878. Les épreuves porteront sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle médicales. 2° Les candidats pourvus de huit inscriptions, qui ont subi avec la note *Bien* le premier examen probatoire, et qui justifieront de leur assiduité aux exercices pratiques. Les épreuves porteront sur l'ostéologie, l'arthrologie et la myologie. 3° Les candidats pourvus de douze inscriptions, qui ont subi avec la note *Bien* la première partie du second examen probatoire. Les épreuves porteront sur l'anatomie, la physiologie et l'histologie. 4° Les candidats pourvus de seize inscriptions, qui ont subi avec la note *Bien* la deuxième partie du second examen probatoire. L'épreuve écrite portera sur la pathologie interne et la pathologie externe.

Art. 6. — Les étudiants justifiant des grades de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences restreint, et qui continuent leurs études d'après l'ancien régime, seront admis à concourir, s'ils ont obtenu la note *Bien* à l'examen correspondant à leur temps de scolarité.

Art. 7. — Le concours a lieu annuellement dans la dernière semaine du mois d'octobre.

Art. 8. — Les membres du Jury sont désignés, sur la proposition des Facultés, par le Ministre, qui détermine également les sujets des compositions écrites.

Art. 9. — Immédiatement après la clôture du concours, le Recteur transmet au Ministre les propositions de la Faculté, en y joignant les compositions des candidats, les procès-verbaux où sont indiquées les notes données à l'examen oral et le classement des compositions de l'épreuve écrite. Cet envoi sera complété par les pièces justificatives mentionnées à l'article 3. Ces documents sont soumis à l'examen du Comité consultatif de l'Enseignement public, qui dresse une liste générale des candidats par ordre de mérite.

Art. 10. — Conformément aux dispositions de l'article 1er du présent arrêté, tout boursier qui voudra obtenir une nouvelle bourse devra subir les épreuves du concours correspondant à l'année d'étude dans laquelle il doit entrer. Chaque boursier sera l'objet d'un rapport spécial sur son assiduité aux cours et aux exercices pratiques.

Art. 11. — Les arrêtés des 5 novembre 1877 et 29 Juin 1878 sont et demeurent abrogés en ce qui concerne les bourses de doctorat en médecine.

Les candidats pourvus de 8 inscriptions doivent justifier de leur assiduité aux exercices pratiques. Les élèves du service de santé militaire peuvent obtenir des bourses, mais seulement jusqu'au moment où l'administration de la guerre leur alloue une indemnité, c'est-à-dire pendant les trois premières années de leurs études. Ils doivent être exclus du concours, s'ils ont douze inscriptions. Les étudiants pourvus de 16 inscriptions sont également susceptibles d'être nommés boursiers durant les deux années qui suivent la 16e inscription. Mais, pour pouvoir prendre part au concours en vue d'une seconde année de bourse, il faut qu'ils aient fait acte de scolarité, c'est-à-dire qu'ils aient subi un examen probatoire avec la note *Bien*. En conséquence, les étudiants qui, pourvus de 16 inscriptions, ont obtenu une bourse pour 1889-90, ne pourront subir les épreuves du concours du mois d'octobre prochain qu'autant qu'ils justifieront avoir passé un examen, et dans les conditions déterminées par le règlement (arrêté du 19 septembre 1887).

N. B. Le montant de la bourse est de 1,200 francs, payable par douzièmes à la caisse de la Faculté.

Concours pour 1890. — Ce concours a eu lieu en octobre 1890, à la Faculté de médecine. — Voir dans le *Progrès* des années précédentes les questions posées à ce concours.

B. — Bourses municipales de médecine. — *Arrêté du Préfet de la Seine portant règlement pour l'attribution des bourses allouées à la Faculté de médecine de Paris.* Le Préfet de la Seine, Vu la délibération en date du 28 décembre 1887, par laquelle le Conseil municipal de Paris a voté un règlement fixant le mode d'emploi des subventions allouées par la ville de Paris aux Facultés de droit et de médecine, et à l'École supérieure de pharmacie de cette ville, Vu les lois du 18 juillet 1837 et du 24 juillet 1867 ; Vu le décret du 25 mars 1852 ; Sur le rapport de l'inspecteur d'académie, directeur de l'enseignement primaire du département de la Seine, arrête : *Art.* 1er. Est approuvée la délibération susvisée du Conseil municipal de Paris en date du 28 décembre 1887.

© ANM

— *Art.* 2. En conséquence, est adopté le règlement dont le texte suit pour l'emploi de la subvention allouée par la Ville de Paris à la Faculté de médecine, et à l'Ecole supérieure de pharmacie de cette ville.

Règlement. — *Art.* 1. Une subvention municipale de 6.000 fr., renouvelable chaque année, est accordée à la Faculté de médecine de Paris. — *Art.* 2. Cette subvention est applicable : 1° Principalement à la fondation de bourses d'études de douze cents francs chacune ; 2° Exceptionnellement à la fondation de bourses de voyages à l'étranger dont le montant est fixé dans chaque cas particulier par décision spéciale du Conseil municipal. — *Art.* 3. Ces bourses ne peuvent être accordées qu'aux élèves nés soit à Paris, soit au moins dans le département de la Seine, ou dont les parents y sont domiciliés depuis cinq ans au moins. A égalité de titres, elles sont attribuées de préférence au candidat dont la famille y est domiciliée depuis plus longtemps.

I. Bourses d'études. — *Art.* 4. Elles ont pour objet de venir en aide aux jeunes gens qui n'ont pas les ressources nécessaires pour développer leur instruction. Elles sont réservées, en principe, à des élèves ayant suivi les cours de la Faculté depuis un an au moins et ayant obtenu des notes satisfaisantes aux examens de l'année précédente ; exceptionnellement, une fraction de bourse pourra être accordée à des élèves de 1re année. Les bourses ou fractions de bourses sont accordées pour un an, par le Conseil municipal, sur la proposition de la Faculté, après avis du Préfet. Elles pourront être renouvelées. — *Art.* 5. Le montant des bourses est ordonnancé au nom du doyen de la Faculté qui le remet au bénéficiaire par fraction d'un quart, au début de chaque trimestre de l'année scolaire ; cependant, en ce qui concerne le premier trimestre de l'année scolaire, en raison de la date de réouverture des cours et des délais nécessités par l'instruction des demandes, la fraction correspondante peut être payée à l'expiration de ce trimestre, en même temps que celle du deuxième trimestre.

II. Bourses de voyage. — *Art.* 6. Les bourses de voyage se divisent en bourses de voyage d'études, accordées aux aspirants au doctorat et en bourses de voyage de recherches, accordées, sur le vu d'un programme, aux docteurs reçus depuis moins de quatre ans. Les unes et les autres sont accordées sur la proposition de la Faculté et sur l'avis du Préfet de la Seine par le Conseil municipal, qui en fixe le montant. — *Art.* 7. Au retour de leur voyage, les titulaires d'une bourse de voyage de recherches doivent consigner dans un rapport les résultats de leurs études sur les matières du programme arrêté par le Conseil municipal. Les titulaires de bourses de voyage d'études devront également adresser un rapport sur leurs travaux. Ces rapports seront transmis au Conseil municipal avec les observations de la Faculté. — *Art.* 8. Le montant des bourses de voyage est ordonnancé au nom du doyen de la Faculté qui le remet, en une seule fois, au bénéficiaire au moment de son départ.

III. Instruction des demandes. — *Art.* 9. Les demandes seront déposées par les candidats au secrétariat de la Faculté avant le 15 nov. Elles doivent être transmises, avant le 15 décembre, à M. le Préfet de la Seine qui les soumet, avec son avis, au Conseil municipal. — *Art.* 10. Toutes les demandes déposées doivent être transmises chacune accompagnée d'un avis spécial. La Faculté propose tous les candidats qui lui paraissent dignes d'une bourse ; elle indique pour eux ses préférences. — *Art.* 11. A la liste de présentation sont joints les dossiers des candidats. Chacun de ces dossiers comprend nécessairement les notes, renseignements, indication des travaux précédemment exécutés par les élèves, etc., de nature à éclairer le Conseil sur la situation de fortune et le mérite des candidats. En ce qui concerne les bourses de voyage de recherches, les dossiers des candidats doivent contenir, en outre, les programmes rédigés par les élèves et dont il est question à l'art. 6 ci-dessus. — *Art.* 12. Le Conseil municipal, sur le vu des propositions et des justifications qui lui sont soumises, dresse la liste des élèves auxquels est accordée une bourse d'étude, décide s'il y a lieu d'accorder des bourses de voyage, et fixe, dans ce cas, le montant de la somme affectée aux dites bourses et les élèves qui doivent ne bénéficier. — *Art.* 13. Aucune bourse ne peut être accordée au nom de la Faculté de médecine et de l'Ecole supérieure de pharmacie en dehors des propositions de la Faculté ou Ecole.

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. Heim, délégué dans les fonctions de préparateur. — *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. N. ... 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'Ecole-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.

On parle de la création d'un *Musée de médecine opératoire* dans les nouveaux bâtiments de l'Ecole pratique, quand elle sera terminée. Ce serait là une excellente idée.

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 quelques années, 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.

Avis a mm. les étudiants. — Le *Doyen* reçoit MM. les Étudiants dans son cabinet, le mardi 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. Farabeuf. — *Médecine opératoire* : professeur, M. Tillaux ; préparateur, M. N.... — *Pathologie expérimentale et comparée* : professeur, M. Straus ; chef de laboratoire, M. Wurtz ; moniteurs, MM. Sanchez-Toledo, Mosny et Veillon. — *Thérapeutique* : professeur, M. Hayem ; chef du laboratoire, M. Gilbert ; préparateur, M. Winter. — *Pharmacologie* : professeur, M. Regnauld ; chef de laboratoire, M. Villejean ; préparateur, M. Héret. — *Physique* : prof., M. Gariel ; préparateur, M. Broca (André). — *Chimie* : prof., M. A. Gautier ; chef des travaux de chimie biologique, M. Fauconnier ; préparateurs, MM. Hallopeau et Glaize. — *Médecine légale pratique* : professeur, M. Brouardel ; chef des travaux, M. Descoust ; chef des travaux chimiques, M. Ogier ; chef des travaux anatomo-pathologiques, M. Vibert ; préparateur, M. Bordas. — *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.

Laboratoires des Cliniques. — *L. de l'Hôtel-Dieu*. Il est annexé aux cliniques médicale et chirurgicale de la Faculté et 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, chef de laboratoire ; Cherbuliez, chef adjoint des travaux chimiques ; aides, MM. Beretta et Lapicque. Ce laboratoire, réorganisé par les professeurs Sée et Richet, paraît ne rien laisser à désirer, au point de vue de l'instal-

© ANM

lation, grâce au concours bienveillant de l'Administration hospitalière. — Chef de clinique médicale, M. PIGNOL. — Chef de clinique chirurgicale, M. CLADO.

Laboratoire des cliniques d'accouchements. — 1re chaire : Chef de clinique, M. TISSIER; Chef du laboratoire : M. GALIPPE ; préparateur, M. VIGNAL. — 2e chaire de *Clinique d'accouchements* : Chef de laboratoire, M. LEPAGE.

Laboratoire de clinique chirurgicale de la Pitié : Chef de clinique : M. LEJARS ; chef du laboratoire, M. CAUSSADE. — *Laboratoire de clinique médicale* : Chef de clinique, M. MENETRIER; chefs du laboratoire, MM. BELIN et LESAGE.

Laboratoire de clinique médicale de la Charité. — Chef de laboratoire : M. VAQUEZ ; chef des travaux chimiques, M. DROUIN ; chef des travaux anatomiques, M. SUCHARD; chef de clinique, M. FOUBERT.— *Laboratoire de clinique chirurgicale de la Charité* : Chef de laboratoire, M. CAZIN ; aide de laboratoire, M. DUBAR; chef de clinique, M. ROCHARD.

Laboratoire de clinique médicale de Necker. — Chef des travaux d'anat. path., M. LION ; Chef des travaux chimiques, M. CARRON DE LA CARRIÈRE ; Chef de clinique, M. MARFAN. — *Laboratoire de clinique chirurgicale* : Chef de laboratoire. M. N..... — Chef de clinique, M. N....

Laboratoire de clinique des maladies nerveuses de la Salpêtrière. — Professeur, M. CHARCOT. — Chef de clinique, M. GUINON ; adjoint, M. BERBEZ. — Chef du laboratoire, M. P. RICHER. — Chef des travaux anatomiques : M. BLOCQ. — *Ophtalmologie* : 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. LEDOUX-LEBARD. — Préparateur, M. N..... — Moniteur, M. AUCLAIR. — Chef de clinique, M. MARTIN DE GIMARD. — Chef de clinique adjoint, M. GUINON.

Laboratoire de clinique ophtalmologique. — Chef adjoint de laboratoire, M. ROCHON-DUVIGNEAUD.— Chef de clinique, M. CHAFFARD.

Laboratoire de clinique des maladies mentales. — Chef de laboratoire, M. KLIPPEL ; aide, M. LEFÈVRE. — Chef de clinique, M. ROUILLARD.

Laboratoire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — Chef de laboratoire, M. DARIER ; Chef adjoint de laboratoire, M. CATHELINEAU ; chef de clinique, M. FEULARD.

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 versement 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 qui suivent, mais toujours 5 jours au moins après la date à laquelle l'imprimeur s'engage à livrer les 168 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 170 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

© ANM

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.

Au mois de novembre 1888, nous insistions pour que les travaux de l'Ecole pratique et de la Faculté de médecine fussent poussés avec une grande activité, afin d'être terminés pour l'Exposition de 1889. L'architecte et l'administration restèrent indifférents. Au mois de juillet 1889, à la Chambre des Députés, nous avons signalé la situation déplorable de la Faculté de médecine, et insisté sur la nécessité d'en finir et de recourir à un architecte plus actif. Nos critiques reposaient sur un examen attentif. Après beaucoup d'hésitations, on a fini par remercier en partie M. Ginain. Il reste chargé de la construction des derniers bâtiments, mais n'a plus l'entretien. Cette demi-mesure aura des résultats désastreux. Pour les bâtiments existants, les dépenses qu'entraîne le mode de chauffage dépassent 53.000 fr. « Cet état ira en empirant, a dit M. le doyen Brouardel au Conseil général des Facultés, et, lorsque tous les services seront en train, seules les dépenses de chauffage et d'éclairage monteront à plus de 90,000 fr. » Tant pis pour les contribuables, mais M. Ginain aura construit une forteresse et touché de forts appointements.

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. Debouin. — Chef du bureau du personnel et du service de santé, M. Grou.

Hôpital Andral, 35, rue des Tournelles : 100 lits. — *Médecin* : M. Debove. Consultations les lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures. — Pharmacien : Un interne, sous la surveillance du pharmacien de Trousseau. — Dentiste : M. le Dr Gaillard.

Hôpital Beaujon, faubourg Saint-Honoré, 208 : 464 lits. — *Médecins* : M. Millard. Salles Barth (H.) et Gubler (F.). Visite à 8 h. 1/2. Consultation tous les vendredis et les lundis, un sur deux. — M. Guyot. Salles Béhier (F.) et Sandras (H.). Legroux (H. et F.). Visite à 8 h. Consultations tous les mardis et samedis, un sur deux. — M. Gombault. Salles Louis (H.) et Vulpian (F.). Visite à 8 h. 1/2. Consultations tous les jeudis et les lundis, un sur deux. — M. Fernet Salles Monneret (H.) et Axenfeld (F.). Consultations tous les mercredis et samedis, un sur deux. Visite à 8 h. 1/2. — *Chirurgiens* : M. Léon Labbé. Salles Blandin (H.), Marjolin (H.) et Laugier (F.). Visite à 8 h. 1/2. Consultation les lundis et jeudis. Opérations le mardi. — M. N..... Salles Gosselin (H.), Robert (H.) et Hugnier (F.). Visite à 8 h. 1/2. Consultation les mardis et vendredis. Spéculum jeudi et samedi. Opérations le mercredi — M. B. Anger. Salles Malgaigne (H.), Ambroise Paré (H.) et Jarjavay (F.). Visite à 8 h. 1/2. Consultation les mercredis et samedis. — *Accoucheur* : M. Ribemont-Dessaignes. Salle Paul Dubois. Visite à 9 h. 1/2. Consultations tous les jours à 10 heures. — *Pharmacien* : M. Léger. — *Dentiste* : M. Ferrier.

Bibliothèque des Internes en médecine. — Elle est placée dans un local attenant aux chambres des internes; elle ne contenait guère que 500 volumes en 1878 ; elle en renferme maintenant plus de 2.000 grâce aux legs Gubler et Marjolin, à une subvention de 800 fr. accordée chaque année par le Conseil municipal et aux cotisations mensuelles des internes.

Hospice de Bicêtre, à Bicêtre. — 1658 lits réglementaires pour les *vieillards et infirmes*, population réelle 1965 ; 856 lits pour les *aliénés* et les *épileptiques* ; population réelle 920. Dans ce dernier chiffre sont compris 400 enfants épileptiques ou arriérés. — Infirmerie de l'hospice. *Médecin* : M. Déjerine. — *Chirurgien* : M. Quénu. — On reçoit également en chirurgie les blessés du dehors, venant surtout de la commune de Gentilly, où existent beaucoup de carrières. 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. Féré.— 4e section, M. Bourneville. Médecin suppléant: M. Chaslin.—A Bicêtre, il n'y a pas d'élèves externes ; il n'existe que des internes et des internes provisoires. Depuis huit 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 devrait y rencontrer. Les logements dont nous avons signalé l'insalubrité ont été agrandis ; c'est là un palliatif insuffisant. La seule chose à faire serait de construire un pavillon spécial. Un projet est à l'étude depuis le commencement de l'année ; il est bien désirable que M. Peyron en fasse hâter le vote et l'exécution. — *Médecin dentiste* : Dr Cruet.— *Pharmacien* : M. Berthoud.

Les internes ont aussi une indemnité de 25 fr. par mois pour frais de déplacement (1).

Bibliothèque 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 2,600 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 certainnombre 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.

Ecole municipale d'infirmiers et d'infirmières. — Cette école, fondée au mois de mai 1878, comprend une *école primaire* et une *école professionnelle*. — *Cours théoriques* : *Administration*, M. Pinon, directeur de l'hospice ; — *Anatomie élémentaire et physiologie*, M. Bonnaire ; — *Pansements*, M. Isch Wall ; — *Hygiène*, M. Sollier ; — *Soins aux femmes en couches et aux nouveaunés*, M. Lepage ; — *Petite pharmacie*, M. Cornet.

Hôpital Bichat, boulevard Ney : 181 lits. — *Médecins* : M. Huchard. Salles Bazin (H.) et Louis (F.). Visite tous les jours à 9 h. Consultations mardi et vendredi. Le vendredi, consultation spéciale pour les maladies du cœur. — M. Gaillard-Lacombe. Salles Andral (H.) et Récamier (F.). Consultation lundi et mercredi. — *Chirurgien* : M. Terrier. Salles Jarjavay (H.) et Chassaignac (F.). Consultations gynécologiques, les lundi et vendredi. Consultations spéciales pour les maladies des yeux, des oreilles et du nez, le mercredi. Consultations de chirurgie générale, les mardi, jeudi et samedi. Grandes opérations (chirurgie abdominale), les mardi et samedi, à 8 h. 1/2. — Vaccinations (vaccin de génisse), le lundi à 8 h. du matin. — Pharmacien : M. Guerbet. — Dentiste : M. Marchandé.

Bibliothèque des Internes en médecine. — Cette bibliothèque, alimentée par une subvention annuelle du Conseil municipal, de 400 fr. et par les cotisations mensuelles (2 fr.) des Internes, contient environ 200 volumes. C'est à peine si l'on y trouve les livres classiques et quelques ouvrages spéciaux de gynécologie. — *Laboratoires* : Un laboratoire d'histologie et de bactériologie, est réservé aux internes en médecine. Un laboratoire de recherches thérapeutiques, ouvert aux élèves, est annexé au service de M. Huchard.

Enseignement médical. — Dans le service de M. le Dr Henri Huchard, cet enseignement est organisé de la façon suivante : Pendant l'été, tous les ans, depuis sept ans, M. le Dr Henri Huchard fait des leçons de clinique et de thérapeutique médicales, tous les jeudis, à 10 heures, depuis le 1er mai jusqu'au 1er août. Pendant toute l'année, sauf pendant les mois d'août, de septembre et d'octobre, il fait au lit des malades des causeries de clinique et de thérapeutique générales, le mercredi, et principalement sur les affections du cœur, le dimanche, jour où a lieu une consultation spéciale pour les malades du dehors atteints de ces affections. — Les autres consultations ont lieu le mardi et le vendredi ; la visite commence tous les jours, à 9 heures du matin. — Les élèves sont exercés à discuter les diagnostics et à poser les indications thérapeutiques le lendemain des jours de consultations, c'est-à-dire le mercredi et le samedi. A partir du mois de mai, l'interne du service ainsi que les chefs des laboratoires seront chargés de faire des leçons de propédeutique (diagnostic des maladies, maniement des appareils, du microscope, etc., recherche des bacilles, etc.). Le service est pourvu d'un laboratoire de recherches thérapeutiques pour les élèves de l'hôpital et du dehors, qui veulent expérimenter l'actisn des médicaments anciens ou nouveaux, sous la direction du Dr Ch. Eloy, ancien interne des hôpitaux et avec l'assistance du chef de service. — Dans le laboratoire d'anatomie pathologique, très bien installé, comme le précédent, M. le Dr Weber, ancien interne des hôpitaux, est chargé des démonstrations et des recherches anatomo-pathologiques pendant l'hiver, et jusqu'au mois de mai. — Enfin, dans

(1) Il est à remarquer que les externes des hôpitaux dits excentriques touchent comme indemnité de déplacement 30 fr. et même 50 fr., comme à Tenon. Ne serait-il pas juste qu'il y eût des indemnités égales pour des distances égales, qu'on soit interne ou externe ?

© ANM

un autre laboratoire dépendant du service de médecine, on a installé cette année un laboratoire de bactériologie qui fonctionne actuellement pour les besoins des services de médecine et de chirurgie. Une semblable organisation devrait exister dans les différents services de tous les hôpitaux.

Hôpital Broussais, 96, rue Didot. — 80 lits de médecine pour les maladies chroniques, 120 lits de médecine pour les maladies aiguës, et 60 lits de chirurgie. L'hôpital Broussais comprend 260 lits et est pourvu de trois services, dont deux de médecine ayant chacun 100 lits et un de chirurgie de 60 lits. Parmi les 200 lits de médecine, 80 sont réservés aux maladies chroniques (40 pour les hommes, 40 pour les femmes) et 120 aux maladies aiguës. Le service est fait par deux médecins titulaires, assistés chacun d'un interne; et par un chirurgien, assisté de deux internes. *Médecins*: M. Barth. Salles Lasègue et Parrot (H.), Cazalis et Gubler F.). Consultations les lundis et jeudis. — M. Chauffard. Salles Delpech et Hillairet (H.), Archambault et Axenfeld (F.). Consultations les mardis et vendredis. — *Chirurgien* : M. Reclus. Salles Follin et Broca (H.). Consultations les mercredis et samedis. Un interne en pharmacie est, en outre, attaché à chacun de ces trois services. La pharmacie de l'hôpital est confiée à l'un des internes en pharmacie, sous la surveillance du pharmacien de l'hôpital Necker M. Leidié. Chaque service de médecine (hommes) comporte 20 lits de maladies chroniques et 32 lits pour maladies aiguës; et, pour les femmes, 20 lits de chroniques et 28 lits pour maladies aiguës. La consultation de médecine a lieu les lundi, mardi, jeudi, vendredi; celle de chirurgie les mercredi et samedi, à 9 h.

Hôpital de la Charité, 47, rue Jacob, 516 lits. — *Clinique médicale*: M. le professeur Potain; Chef de clinique, M. Foubert. Visite à 8 heures 1/2. Salles Bouillaud (H.) et Piorry (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 lès mardis et samedis, à 9 h. 1/2. Autopsies pratiquées devant les élèves, au grand amphithéâtre. — *Clinique chirurgicale*. Professeur, M. Duplay. Chef de clinique, M. Rochard. Leçons de clinique chirurgicale et opérations les mercredis et vendredis, à 9 h. Visite des malades à 10 h. Salles Velpeau (H.), Trélat et Gosselin (F.). Consultations mardi, jeudi et samedi. — *Chirurgiens*: Service de M. Després. Salles J. L. Petit (F.) et Boyer (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. C. Paul. Salles Beau (F.), N. Guyot (crèche) et Vulpian (H.). Visite à 8 1/2. Consultation le samedi. — M. Féréol. Salles Cruveilhier (F.) et Corvisart (F). Visite des malades à 9 h. Consultation le mardi. — M. Laboulbène. Salles Briquet (F.) et Rayer (H.) Visite des malades à 8 h. Consultation le lundi. — M. Desnos. Salles frère Côme (F.), et Laënnec (H.) Visite à 9 h. 1/2. Consultation le jeudi. — M. Luys. Salles Andral (F.) et Louis (H.). Visite à 9 heures. Leçons cliniques sur les maladies nerveuses le jeudi. Consultation le vendredi. — *Accoucheur*: M. le Dr P. Budin. Salle des accouchements. Tous les matins à 9 heures. Les étudiants, pour être admis dans le service, doivent être munis de cartes délivrées à l'hôpital. Enseignemen clinique les mardi, jeudi et samedi. Consultation pour les femmes enceintes tous les jours, — Pharmacien : M. Guinochet. — Dentiste : M le Dr David.

Bibliothèque des Internes en médecine. — 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.

Clinique d'accouchements et de gynécologie, rue d'Assas, 89. — 130 lits (dont 12 de gynécologie) et 56 berceaux. — *Accouchements*: M. le professeur Tarnier; Chef de clinique, M. Tissier. — Leçons : mardi et samedi. Les étudiants peuvent entrer munis d'une carte spéciale qui leur est délivrée par le professeur ou la Faculté. 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. 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. L'entrée de l'hôpital est accordée à tous dans le cas d'intervention opératoire. Le jeudi, consultation de gynécologie, à 9 heures; 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. La durée de ce stage est de 10 mois environ, représentant 43 séances de jour et 43 de nuit. — Pharmacien : M. Grimbert. — Dentiste : M. Pietkiewicz.

Clinique d'accouchements Baudelocque, à la Maternité, 107 lits.— M. Pinard, professeur. Chef de clinique, M. Porocki L'ancien pavillon Tarnier fait dorénavant partie de la nouvelle Clinique d'accouchement, dite Clinique Baudelocque. Ce nouveau service qui a son entrée boulevard de Port-Royal, 125, est absolument indépendant de la Maternité.

Hôpital Cochin, 47, faubourg Saint-Jacques. 363 lits d'adultes et 29 berceaux, plus 60 lits qui servent à un service provisoire. — *Médecins* : M. X. Gouraud. Salles Lasègue (H.), et Trousseau (F.), plus une salle de 20 lits dans une barraque nouvelle. Visite à 9 h. 1/2 du matin. Interrogatoire des élèves au lit du malade. — M. X. Gouraud fait chaque année des leçons cliniques au lit du malade. Spéculum le samedi. Consultations les lundi, mercredi et vendredi. — 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 de thérapeutique et de bactériologie parfaitement aménagé et un amphithéâtre de cours particulier sont annexés au service. — *Chirurgien* : M. Th. Anger. Salles Boyer (H.) et Cochin (F.). Il existe de plus un service de baraques comprenant 60 lits d'hommes (salles Nélaton (30) et Chassaignac (30). 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 Velpeau contient un service d'accouchement de 28 lits et un service de gynécologie de 22 lits. Le service 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. — *Traitement des maladies des dents* : Dentiste : M. le Dr Ur. David. Consultation, traitement et extraction, le lundi de chaque semaine, à 9 heures du matin, pour les personnes du dehors; pour les malades, à toute réquisition de MM. les Chefs de service.

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 1889. En 1890, 400 francs ont été donnés de nouveau. Cette bibliothèque compte plus de 500 volumes.

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 alloué aux internes en pharmacie pour leur *bibliothèque* de 1886 à 1889. En 1890, 300 fr. ont été de nouveau accordés. Cette bibliothèque compte déjà plus de 100 volumes.

Hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres, 629 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 fait des leçons cliniques le mardi dans la salle de la Policlinique et le samedi, à 4 heures du soir, dans l'amphithéâtre de cours, à partir du mois de novembre. — Consultations spéciales dans le service: le jeudi, maladies du système nerveux, par M. le Dr Déjerine, agrégé de la Faculté; le vendredi, maladies de la peau, par M. le Dr N....., et maladies des oreilles, par M. le Dr Hermet. Ce service est à voir à cause d'essais récents curieux. — 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 a 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. Chacun d'eux fait dans la semaine une leçon clinique à l'amphithéâtre. — *Médecins* : M. Grancher, professeur. Chef de clinique, M. Martin de Gimard. Chef de clinique adjoint, M. Louis Guinon. Consultation le lundi. Consultation supplémentaire le vendredi, à 10 heures, à la salle Bouchut, pour les maladies de la peau. Leçons à 10 heures, le mardi et le samedi. Visite à 8 h. 1/2. Salles Bouchut (G. aigus), Parrot (F. aiguës), Husson (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. J. Simon. Consultation le samedi (conférences cliniques). Visite à 8 h. 1/2. Leçons cliniques à l'amphithéâtre le mercredi à 10 h. Salles Blache (G. aigus), Archambault (G. teigneux).

© ANM

Les teigneux sont examinés le mardi de chaque semaine dans la salle Archambault. — M. Descroizilles. Consultation le mardi. Visite à 8 heures 1/2. Conférences cliniques à l'amphithéâtre, le vendredi, à 10 heures. Salles de Chaumont (F. aiguës). Bilgrain (F. chroniques). — M. A. Ollivier. Consultation le jeudi. Consultations supplémentaires dans le service, le vendredi (médecine générale) et le mardi (Dermatologie). Visite à 8 h. 1/2. Leçons cliniques à l'amphithéâtre le lundi à 10 h. Salles Gillette (F. aiguës), Bazin (F. pelladeuses et eczémateuses). — M. D'Heilly. Consultation le vendredi. Visite à 8 h. 1/2. Salles: Henri Roger (G. aigus), Molland (G. chroniques).

Pavillons d'isolement.— Les deux pavillons (pavillon Trousseau) 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 trois en trois mois. Ils sont assez bien aménagés. Les internes y font un grand nombre de trachéotomies. Au commencement de l'année, un moniteur de trachéotomie (un ancien interne de l'hôpital) guide les internes pendant un mois comme à Trousseau.— Le service spécial des Rubéoliques (pavillon Guersant), récemment fondé, ouvert le 1er janvier 1886 est fait de la même façon par les médecins de l'hôpital. — Construction d'un pavillon (système André) de 24 lits pour le traitement des Scarlatineux. Installation d'un service de crèche de 16 lits, dans les dépendances de l'ancienne communauté, pour les enfants d'un an et au-dessous. Le service de ces deux nouvelles créations est fait également à tour de rôle, de trois en trois mois, par chacun des médecins de l'établissement.

Chirurgien : M. de Saint-Germain.— Visite à 8 h. 1/2. Consultation tous les jours. Conférences cliniques à l'amphithéâtre le jeudi à 9 heures. Opérations les mardis, jeudis, samedis. Le samedi, consultation d'orthopédie. Salles Giraldès (G.), Bouvier (F.), Baudelocque (F. ophthalmies), Baffos (G., Ophthalmies). Vaccinations le mercredi à 8 heures. — Pharmacien : M. Sonnié-Moret. — Dentiste : M. le Dr Galippe.

Bibliothèque. — Elle possède actuellement 620 volumes environ. Cotisation des internes 2 fr. par mois. Elle reçoit chaque année une allocation du Conseil municipal. De nombreux dons sont faits tous les ans par M. Descroizilles (*Arch. de Méd., Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux*, etc.).

Hospice des Enfants-Assistés, rue Denfert-Rochereau, 74. 675 lits.— *Médecin :* M. Hutinel. Salle Archambault. Visite tous les jours de 8 h. 1/2 à 10 h. du matin.— *Chirurgien :* M. Kirmisson. Salle Giraldès. — *Consultations pour les maladies de l'enfance.* Des consultations gratuites pour les maladies des enfants sont établies à l'hospice des Enfants-Assistés. Ces consultations ont lieu régulièrement tous les jours, à 9 heures du matin, le lundi, le mercredi et le vendredi, pour la médecine, et le mardi, le jeudi et le vendredi, pour la chirurgie. Entrée, rue Denfert-Rochereau, n° 76. — Il existe à l'hospice des pavillons spéciaux d'isolement pour les maladies contagieuses. — Pharmacien : M. Grimbert, pharmacien de la Clinique, est chargé de la surveillance de la pharmacie. — Dentiste : M. N.....

Bibliothèque des Internes en médecine. — Cette bibliothèque, fondée il y a quelques années, possède actuellement environ 150 volumes. Elle a reçu à titre de premier don du Conseil municipal une somme qui a permis l'achat du *Dictionnaire de Jaccoud*. Une somme de 200 fr. a été allouée au budget de 1889 de l'Assistance publique pour l'entretien de cette bibliothèque. Un certain nombre d'ouvrages reçus sont dus à la libéralité de leurs auteurs.

Hôtel-Dieu, Parvis Notre-Dame, 559 lits. — *Médecins :* M. G. Sée. Salles Saint-Christophe (H.), Sainte-Jeanne (F.). Visite à 9 h. 1/2 ; consultations le mardi. — M. Proust. Visite à 7 heures, salles St-Charles (H.) et Ste-Madeleine (F.); consultations le vendredi. — M. Bucquoy. Visite à 8 h. 1/2. Salles Saint-Augustin (H.), et Sainte-Monique (F.); consultations le lundi. Tous les jours, examen au lit des malades. — M. Dumontpallier. Visite à 8 h. 1/2. Salles St-Louis (H.) et Ste-Marie (F.); consultations le mercredi. Maladies des femmes (spéculum) et consultations les lundis et vendredis. Leçons cliniques, à l'Amphithéâtre de gynécologie, le samedi de chaque semaine à 9 h. 1/2.— M. Mesnet. Visite à 9 heures. Salles St-Denis (H.) et Sainte-Martine (F.); consultations le jeudi. — M. E. Labbé. Visite à 9 heures. Salles St-Thomas (H.) et Ste-Anne (F.); consultations le samedi. — *Chirurgiens :* M. Verneuil. Consultation les lundis, mercredis et vendredis. Salles St-Jean (H.), St-Landry (H.) et Notre-Dame (F.). — M. Tillaux. Visite à 8 heures 1/2; consultations les mardis, jeudis et samedis. Salles Sainte-Marthe (F.) et Saint-Côme (H.). Leçons et opérations le lundi et le mercredi. Examen clinique au lit du malade le vendredi.— M. Panas. Visite à 9 heures. Salles St-Julien (H.) et Ste-Agnès (F.) (Maladies des yeux). Consultations tous les jours. — *Cliniques de la Faculté :* MM. G. Sée, Verneuil et Panas, professeurs. M. G. Sée les lundis, mercredis et vendredis. Lundi, clinique sur la thérapeutique, vendredi, clinique sur le diagnostic. M. Verneuil les mardis, jeudis et samedis. — Chef de clinique chirurgicale, M. Clado. Chef de clinique médicale, M. Pignol. Chef des laboratoires, M. Gley. Chef des travaux chimiques, M. H..... — 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. Chaffard, Chef adjoint. 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.— M. Rochon-Duvignaud, chef du laboratoire. — Pharmacien : M. Villejean. — Dentiste : M. Pietkiewicz.

Bibliothèque des Internes en médecine. — Cette bibliothèque, fondée depuis 7 ans, est très belle et compte aujourd'hui plus de 1500 volumes reliés; une somme de 2.000 fr. lui a été attribuée par le Conseil municipal, en 1877 ; elle reçoit 500 fr. chaque année depuis 1878. Les internes paient une cotisation mensuelle pour subvenir aux dépenses urgentes.

Hôpital Laennec, 42, rue de Sèvres. Nombre de lits : 628, dont 20 pour les enfants, crèche.—*Médecins :* M. Ball. Salles Béhier, Larochefoucauld et Becquerel (H.), Broca, Piorry (F.). Consultation lundi et vendredi. — M. Straus. Salles Trousseau et Damaschino (H.), Lorain et Monneret (F.), Guersant (crèche) est au Dr Ferrand. Consultation mardi et samedi. — M. Ferrand. Salles Beau et Cruveilhier (H.), Legroux et Quesnay (F.). Consult. mercredi et vendredi.—M. Cornil. Salles Rostan et Grisolle (H.), Chomel et Cl. Bernard (F.). Consult. jeudi et samedi. — *Chirurgien :* M. Nicaise. Salles Malgaigne (H.) et Chassaignac (F.), Boyer (H. et F.), pavillon des grandes opérations (pavillon Récamier. 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.). — Pharmacien : M. Bourquelot. — Dentiste : M. le Dr Galippe.

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. Ferrand. — Jeudi, M. Cornil. — Vendredi, M. N..... — Samedi, M. Nicaise. — En 1889 et 1890, ces conférences n'ont pas eu lieu.

Des laboratoires et des musées particuliers sont annexés à chaque service (1). Le laboratoire appartient à M. le Dr Ball depuis le décès de M. Damaschino et 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 ; on transforme l'étuve pour installer la vapeur sous pression.

Hôpital Lariboisière, rue A. Paré. 924 lits, dont 851 pour adultes, 73 pour enfants au berceau, y compris 4 lits pour malades à isoler dans le service d'accouchements, 7 lits d'isolement ordinaires et 6 lits de femmes enceintes. Il est observé que les chiffres précédents représentent pour cet hôpital 42 lits par grande salle au lieu de 34, chiffre budgétaire ; ces 42 lits restant toujours montés, doivent servir de base constante. — *Médecins :* M. Duguet. Salles Bernutz (F.) et Grisolle (H.). Visite à 9 h. Consultation le vendredi. — M. Gouguenheim. Salles Aran (F.) et Lasègue (H.). Visite à 8 heures 1/2. Consultation le mardi. — M. Bouchard. Salles Langle (F.) et Rabelais (H.). Visite à 9 h. Consultation le lundi. Leçons cliniques en hiver. — M. Raymond. Salles Trousseau (F.) et J. Bouley (H.). Pavillon d'isolement (pavillon Davaine). Visite à 9 h. Consultation les jeudi et samedi. — M. N..... Salles Vincent de Paul (crèche), Maurice Raynaud (F.), Woillez (H.) et Barth (H.). Visite à 9 heures. Consultation le samedi ; Consultation de gynécologie et spéculum le mercredi.— M. Gérin-Roze. Salles Louis (F.), Bazin (H.). Visite à 8 h. 1/2. Consultation le mercredi. — Les consultations pour les maladies du *larynx* et *du nez* et les examens laryngoscopiques ont lieu les mardis, jeudis et samedis de 9 h. à 11 h. Leçons cliniques par M. Gouguenheim.— *Chirurgiens :* M. Périer. Salles Gosselin (F.), Ambroise Paré (H.). Visite à 9 h. Opérations et clinique le jeudi. Consultation les lundi et jeudi. — M. P. Berger.

(1) Nous pensons toujours que l'Administration ferait bien de réunir tous ces musées particuliers, qui constituent des foyers peu hygiéniques, dans le musée spécial qui a été construit après un vote du Conseil municipal, dans le nouveau service des morts.

© ANM

salles Denonvilliers (F.), Chassagnac (H.). Opérations le mercredi. Visite à 8 h. 1/2. Consultation les mardis et vendredis. — M. Peyrot. Salles Elisa Roy (F.), service nouveau, et Nélaton (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 Demours (F.) et Daviel (H.). Visite à 9 heures. — *Service commun aux chirurgiens* : Salle Voillemier (H. chroniques). — *Service d'accouchements* : M. Porack. Salles La Chapelle et Mauriceau (F.). Chambres d'isolement (salle Perreau). Visite tous les matins, à 9 h. Consult. 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 les salles d'accouchement et les sages-femmes (8) agréées du service de la ville. Laboratoire de micrographie : MM Bouchard, Duguet, Raymond. — Pharmacien : M. le Dr Patein. — Dentiste : M. le Dr Ferrier.

Bibliothèque des internes en médecine.—Installée définitivement dans une salle spéciale, elle a obtenu du Conseil municipal une subvention de 2,000 fr. en 1876, de 500 fr. de 1878 à 1890. Elle compte environ 2,500 volumes.

Bibliothèque des internes en pharmacie. — Ils ont reçu de 1886 à 1899 une subvention de 300 francs pour la fondation et l'entretien d'une bibliothèque à leur usage personnel. La bibliothèque est installée dans une salle spéciale.

Hôpital de Lourcine, n° 111, rue Broca. 243 lits. — M. Balzer : Salles Cullerier et Natalis Guillot. Consultations les lundis et jeudis. — M. de Beurmann, Salles Astruc, Goupil et Bouley. Cette dernière salle (8 lits et 6 berceaux) reçoit les filles de 2 à 15 ans. Consultations les mardis et vendredis.— *Chirurgien* : M. Pozzi. Salles Fracastor (accouchements) et Van Swieten. La salle Fracastor (33 lits et 18 berceaux) reçoit les enfants nouveau-nés avec leur mère. Consultations les mercredis et samedis. — Les étudiants sont admis dans cet hôpital sur la présentation de cartes spéciales, délivrées par M. le directeur de l'établissement. — Pharmacien : M. Gosselin. — Dentiste : M. Ernous.

Bibliothèque des Internes en médecine. — Le Conseil municipal, en 1879, a voté une somme de 400 fr. pour la bibliothèque des internes en médecine. 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. de Beurmann, le lundi ; Balzer, le samedi. — *Chirurgien* : M. Pozzi, le mardi; examen des malades le mardi, à 9 h. 1/2; opération le mercredi, à la même heure. — Pharmacien, M. Gosselin. — Dentiste : M. Ernous.

Maison municipale de santé, rue du Faubourg Saint-Denis, n° 200. 314 lits. — *Médecins* : MM. Lecorché et Danlos. — *Chirurgiens* : MM. Schwartz et Segond. Cet établissement ne reçoit que des malades payants. Il n'est accessible qu'aux élèves du service, internes et externes.— Les internes possèdent 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 possède trois laboratoires, un pour chaque service de médecine, et un pour les deux services de chirurgie. — Pharmacien : M. Joulie.— Dentiste : N...

Maison et École d'accouchements, 119, boulevard de Port-Royal. 245 lits et 79 berceaux. — *Médecin* : M. Labadie-Lagrave. Consultations les mardi, jeudi et samedi. — *Chirurgien en chef* : M. Guéniot. — *Chirurgien-adjoint* : M. Bouilly. Consultations les lundi, mardi, et vendredi. — 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. Sept nourrices sont attachées à ce service.

Dès qu'une femme présente quelques accidents, fièvre, 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. Trois 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 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 Dr Guéniot, assisté de Mme Henry, sage-femme en chef. Il y a quatre 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 *petits-chefs*, nommées au concours parmi les élèves de seconde année ; ces petits-chefs ont elles-mêmes 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-droit. Le prix de la pension, est fixé, par an, 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 ; sur l'anatomie et la physiologie élémentaires, faites par l'interne en chirurgie.

Hôpital du Midi, 111, boul. de Port-Royal. 327 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 et IV. Consultations les lundis et jeudis. — *Médecins* : M. Du Castel. 2e division. La salle VI (40 lits) est affectée temporairement au traitement des malades atteints d'affections générales et envoyés par le Bureau central. Cette mesure a été prise lors de l'épidémie d'influenza et maintenue depuis sur la demande du chef de service. Salles VI, VII et VIII. Consultations les mercredis et samedis à 9 heures. Examen et discussion des nouveaux malades les lundi et jeudi à 9 heures. Conférence clinique le vendredi à 9 h. 1/2. — 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 visité avec soin. L'installation de la bibliothèque Ricord est terminée, le nombre de volumes légués s'élève à 2.500 environ. — D'après les journaux de la semaine, la bibliothèque médicale du Midi va s'enrichir prochainement de la « bibliothèque scientifique » de Ricord. Ce legs, fait à l'une des bibliothèques créées par les internes des hôpitaux montre combien nous avons, et nous avons eu raison, de prendre l'initiative de ces créations qui, nous le répétons, faciliteront l'organisation de l'*enseignement municipal de la médecine*. — Pharmacien : M. Béchal.— Dentiste : M. N...(1).

Hôpital Necker, 151, rue de Sèvres : 471 lits. — *Médecins* : M. le professeur Peter : Chef de clinique, M. Marfan. Salles Laënnec (H.), Trousseau (F.). 24 lits de crèche. Clinique médicale à 9 h. le mercredi et le vendredi. Consultations le jeudi. Spéculum le samedi. *Laboratoires* du service de clinique médicale : Chef des travaux anatomiques, M. G. Lion ; chef des travaux chimiques, M. Carron. — M. Rigal : Salles Bouley (H.), Lasègue (F.). Consultations le mardi. Spéculum le lundi et le jeudi. — M. Rendu : Salles Chauffard (H.), Delpech (F.). Consultations le lundi. Spéculum le vendredi. — M. Dieulafoy : Salles Vernois (H.), Monneret (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. Peter ou Dieulafoy. — *Chirurgiens. Clinique chirurgicale* : M. le professeur Le Dentu : Chef de clinique, M. N... Salles Malgaigne (H.) et Lenoir (F.). Consultations tous les jours. *Laboratoire du service de clinique chirurgicale* : Chef du laboratoire, M. N... — *Clinique des voies urinaires* : M. le professeur Guyon, Chef de

(1) La dénomination de l'hôpital du Midi n'a pas été changée ; cet établissement ne porte donc pas encore le nom de « *Ricord* ».

© ANM

clinique. M. Albarran. Salles Velpeau (H.) et Laugier (F.). Consultations les mardi, jeudi et samedi et traitement externe tous les jours. Les consultations et le traitement externe se font à la salle de la Terrasse. Leçon clinique et opérations, le mercredi à 9 h.; policlinique le samedi à 9 heures. Chef de laboratoire d'anatomie pathologique, M. Hallé; chef du laboratoire de chimie, M. Chabrié. — Service des voies urinaires, M. Hortelour. Salle Civiale, pavillon Nélaton (H.), salle Foucher (F.). Consultation les lundis, mererdis et vendredis et traitement externe tous les jours. Les consultations et et le traitement ont lieu au pavillon Nelaton. — Musée Civiale, visible tous les jours. — Dentiste : M. Galippe.

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 et 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*; en 1886 du *Dict. Dech.* Elle compte aujourd'hui plus de 900 volumes. Elle a été encore augmentée de 1883 à 1889, grâce à une subvention de 500 fr. et de 400 fr. accordée par le Conseil municipal. — Pharmacien : M. Leidié.

Hôpital de la Pitié, 1, rue Lacépède, 716 lits. — *Médecins* : M. Jaccoud, professeur de clinique médicale de la Faculté. Chef de clinique, M. Ménétrier. Salles Jenner (H.) et Laënnec (F.). Consultations les mercredis. Leçons cliniques les mardis, jeudis et samedis à 10 h. — M. Moutard-Martin. Salles Cruveilhier (F.), et Monneret (H.). Visite à 8 h. 1/2. Consultations le samedi. — M. Audhoui. Salle Trousseau (F.). et Rayer (H.). Visite à 8 h. 1/2. Consultations le jeudi. Spéculum le mercredi et le samedi. — M. Troisier. 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 mardi. — M. Brouardel. Salles Valleix (F.) et Serres (H.). Consultations le lundi. Visite à 8 h. 1/2. — *Chirurgiens* : M. le Fort, professeur de clinique chirurgicale. Chef de clinique : M. Lejars. 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 des Internes en médecine. — Une bibliothèque médicale a été 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. de 1884 à 1889. Elle se compose d'environ 1.300 volumes. On devra sous peu la transporter ailleurs, car le local dont on dispose est déjà trop restreint.

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 (mardi, jeudi et samedi). *Cours théoriques. Administration*, M. Oudot, directeur de l'hôpital; — *Anatomie*, M. Louis; — *Physiologie*, M. Regnard; — *Pansements*, M. Ch. Petit-Vendol; — *Hygiène*, M. Gilles de la Tourette; — *Soins aux femmes en couches*, M. Maygrier; — *Petite pharmacie*, M. Vion. — Professeur-adjoint des Ecoles, M. Marcel Baudouin. — Pharmacien : M. Chastaing. — Dentiste : M. Brochard-Rigaud, lundi et jeudi de 10 h. à midi.

Hôpital Saint-Antoine, 184, faubourg Saint-Antoine : 816 lits; 578 pour la médecine, 140 pour la chirurgie, 72 pour les maladies contagieuses, 26 berceaux. —*Chirurgie*. M. Monod. Salles Blandin et Broca, (H.), 44 lits; salle Cruveilhier, (F.), 22 lits; consultations les lundi, mercredi et vendredi. Spéculum et Opérations tous les jours. — Service de M. Blum. Salles Dupuytren et Velpeau (H.), 46 lits; salle Lisfranc, (F.), 24 lits. Consultations les mardi, jeudi et samedi. Spéculum et opérations tous les jours. Pavillon pour des grandes opérations : 2 lits (H.), deux lits (F.) placé sous la direction des deux chirurgiens; de création récente, ce pavillon d'isolement est très bien compris. — *Médecine*. Service de M. le professeur Hayem : Salle Béhier (H.), 29 lits, Salle Bazin (H.) 20 lits, salle Moiana (F.), 20 lits, salle Vulpian (Crèche) 20 lits et 20 berceaux. Chambres isolées pour la diphthérie et la coqueluche, 7 lits. Consultations le lundi. Spéculum le mercredi. — Service de M. Landrieux. Salles Bichat et Malgaigne, (H.), 49 lits; salle Chomel, (F.), 24 lits; salle Chomel (accouchements), 2 lits et 2 berceaux. Consultations le mardi. Examen au spéculum le vendredi. — Service de M. Tapret. Salles Aran-Broussais (H), 49 lits; salle Rostan (F.), 24 lits. Consultations le jeudi. Examen au spéculum le mardi; examen au laryngoscope le lundi. — Service de M. Merklen. Salle Axenfeld (H.), 35 lits; salle Roux, (F), 20 lits; salle Corvisart. (F.), 20 lits. Examen au spéculum le lundi. — Service de M. Gingeot. Salle Marjolin (H.), 33 lits; salle Nélaton (F.), 20 lits. Consultations le vendredi. — Service de M. Letulle. Salles Louis et Andral (H.), 56 lits; salle Barth (F.), 24 lits. Consultations le samedi. Examen au spéculum le samedi. — Service de M. Hanot. Salle Magendie (H.), 37 lits; salle Grisolle (F.), 24 lits; salle Grisolle (accouchement), 4 lits, 4 berceaux. Consultation le mercredi. Examen au spéculum le jeudi. — Service de M. Brissaud. Pavillon Damaschins (H), 20 lits; pavillon Littré (H.), 20 lits; pavillon Lorain (F.), 30 lits. Spéculum le mercredi. Le service des maladies contagieuses (rougeole, scarlatine, érysipèle), 36 lits H. et 36 lits F. est confié successivement pendant 3 mois à chacun des chefs de service de médecine. MM. Merklen et Brissaud ont une consultation par semaine environ, à jours variables.

Le *Pavillon des internes*, de construction récente (1), est le modèle du genre. Il y est adjoint une *Bibliothèque* pour les Internes, qui est déjà importante. — Pharmacien : M. Lextreit. — Dentiste : M. le Dr Gaillard, consultations mardi et vendredi.

Hôpital Saint-Louis, rue Bichat, n°40; salle de consultations, même rue, n° 38; 1079 lits dont 625 consacrés aux affections cutanées, 46 lits et 46 berceaux aux accouchements, 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. Vidal. Consultation externe le mardi; examen des nouveaux malades et conférences cliniques le mercredi (toute l'année); traitement chirurgical des affections cutanées, lupus, couperose, chéloïde, etc., le lundi. Spéculum le samedi; salles Alibert (F.), Gabrielle et Devergie (H.). — M. E. Besnier. Consultation externe le vendredi. Clinique le samedi; mardi, opérations, dermatologie; mercredi, teignes et affections du cuir chevelu; salles Gibert (F.) et Cazenave (H.), 9 heures. — M. le Pr Fournier, clinique des maladies de la peau. Chef de clinique, M. le Dr H. Feulard. Tous les jours de 8 h. à 10 du matin; salles Saint-Louis (H.) et Henri IV (F.). Consultation le samedi. *Ordre du cours* : Les mardis, Leçon au lit des malades (à 9 h.); les vendredis, Leçon à l'Amphithéâtre (10 heures); les jeudis, Leçon sur l'anatomie normale et pathologie de la peau, par M. le Dr A. Darier, chef du laboratoire d'histologie. — M. Hallopeau. Consultation externe le lundi; examen des nouveaux malades le mardi, visite générale et policlinique le mercredi; le jeudi, opérations dermatologiques (traitement du lupus, acnés, etc.); le vendredi, visite générale et policlinique (Pr Bazin); examen des teignes le samedi. Clinique le jeudi pendant l'été; salle Bazin (H.), salle Lugol (F.). — M. Quinquaud. Lundi, visite générale; policlinique des affections cutanées. Mardi, traitement médico-chirurgical des maladies de la peau. Mercredi, consultation externe. Jeudi, étude clinique des maladies nerveses. Vendredi, visite aux écoles des teigneux. Samedi, spéculum, policlinique. — M. Tenneson. Consultation le jeudi. Examen des nouveaux malades le vendredi. Spéculum le samedi, 9 heures; salles Biett et Emery (F.) et Hillairet (H.); lundi, cuir chevelu; mardi, opérations dermatologique. — *Accoucheur* : M. Bar, salle Paul Dubois. Visite tous les jours à 9 heures. Consultation tous les jours à 9 h. 1/2, excepté le dimanche. Les élèves qui désirent suivre la visite ou la consultation doivent se faire inscrire dans le service.

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. Bar, contient 46 lits constamment occupés. Il s'y fait en moyenne 3 accouchements par jour; 1000 environ par an; 4539 de 1875 à 1880. Ce chiffre n'est dépassé qu'à la Maternité. Tous les jours, consultation externe pour la gynécologie.

Musée pathologique. — Le Musée, ouvert tous les jours de 8 h. à 11 h, sans formalité, contient aujourd'hui 1200 moulages reproduisant les principales affections cutanées et parasitaires, 142 dessins et des photographies coloriées. La collection particulière de M. Fournier, jointe depuis plusieurs années 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).

(1) Voir Bourneville : *Rapport sur la construction d'un bâtiment pour loger les internes en médecine* (22 mai 1882).

© ANM

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, vendredi; clinique et opérations le samedi toute l'année, à l'amphithéâtre, salles Nélaton (H.), Denonvilliers (F.). — M. Marchand. Consultation externe mardi et jeudi ; leçon clinique et opérations le mercredi toute l'année à 9 h. 1/2, à l'amphithéâtre, salles Gosselin (F.) et Cloquet (H.). — M. L. Championnière. Consultation le mercredi et le samedi. 64 lits dont 38 d'hommes et 26 de femmes. — Pharmacien : M. Portes. — Dentiste : M. Marchandé.

Bibliothèques. — Une bibliothèque médicale fondée récemment par les soins des médecins et chirurgiens de l'Hôpital, et destinée à s'enrichir de nombreux dons, est annexée au Musée Pathologique. Cette bibliothèque, qui est ouverte depuis le 1er janv. 1888 contient outre les publications de dermatologie, les principaux ouvrages de médecine et de chirurgie, et la plupart des journaux français et étrangers. Elle est ouverte à tous les médecins et élèves de 8 h. 1/2 du matin à 11 h. et de 2 h. à 5 h. — 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.

Hospice de la Salpêtrière, (*Femmes*), 47, boulevard de l'Hôpital. 3,144 lits pour les *vieillards* et 720 pour les *aliénées*. — *Médecins* : MM. Charcot et Joffroy. — *Chirurgien* : M. Terrillon. Visite et examens des malades à 9 heures. Opérations le samedi. — *Médecins aliénistes* : MM. J. Falret, A. Voisin et J. Voisin. — *Médecin résident* : M. Séglas. — *Clinique des maladies du système nerveux* : M. Charcot, les mardis et vendredis à 9 h. 1/2 ; chef de clinique, M. Guinon ; chef du laboratoire, M. P. Richer, prosecteur, M. Bloch ; chef du service électrothérapique, M. Vigouroux (traitement les mardi, jeudi et samedi, à midi) ; service ophtalmologique, M. Parinaud ; travaux chimiques et photographiques, M. Londe. — M. A. Voisin fait, durant l'hiver, un cours sur la médecine mentale et les maladies nerveuses, le dimanche à 9 h. 1/2. — M. J. Falret, clinique mentale, le dimanche à 10 h., à partir du 8 novembre. Tous les jeudis, à 9 h., examen clinique des malades ; — M. Séglas, clinique mentale en été. — M. Terrillon fait, durant l'été, un cours sur les affections chirurgicales de l'abdomen et des organes génitaux de la femme, le mercredi à 10 h.

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.

Service d'électrothérapie. — M. R. Vigouroux. Les mardi, jeudi, samedi, de midi à trois heures. Ce service, subventionné par le Conseil municipal, est destiné aux malades provenant des salles et des consultations externes de la Salpêtrière, des consultations des autres hôpitaux et aux malades de la ville qui se présentent directement.

Ecole municipale d'infirmières. — Même organisation qu'à Bicêtre. Cours théoriques : *Administration*, M. Le Bas, directeur de l'hospice ; — *Anatomie*, M. Gautier ; — *Physiologie*, M. Pilliet — *Pansements*, M. P. Poirier ; — *Hygiène*, M. Ch. Féré ; — *Petite pharmacie*, M. Yvon ; — *Soins à donner aux femmmes en couches*, M. Maygrier (1).

Bibliothèques. — 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 de 1886 à 1889.

Les *internes en pharmacie* de cet hospice, y ont fondé, en 1884, une *bibliothèque* comptant actuellement plus de 500 volumes, qu'ils entretiennent à l'aide de cotisations et d'une subvention du Conseil municipal. Ils y ont adjoint une fort belle collection de matière médicale, don de Vercamer. L'association des internes en pharmacie y entretient une collection de minéralogie formant environ 600 échantillons, destinés au service des conférences gratuites qui sont faites tous les ans dans cet établissement pour la préparation au concours de l'internat en pharmacie. L'Assistance publique les a dotés, en 1877, du premier laboratoire collectif dans lequel il a été fait plus de deux mille analyses. Ce résultat justifie la généralisation de cette création dans les autres hôpitaux de Paris. — Pharmacien : M. Viron. — Dentiste : M. Cruet.

(1) La direction de l'enseignement, dans les trois écoles, est confiée *à titre gratuit*, depuis 1878, à M. Bourneville.

Hôpital Tenon, rue de la Chine : 883 lits. — *Médecins* : M. Oulmont. Visite à 9 heures. Salles Andral (H.), Béhier et Cl. Bernard (F.). Consultation le samedi. — M. Landouzy. Visite à 9 heures. Salles Lelong (H). Bouillaud (F.) et Valleix (crèche). Consultation le mardi. — M. Dreyfus-Brisac. Visite à 9 h. Salles Bichat H.), Magendie (F.) et Laënnec (F.) Consultation le lundi. — M. Roques. Visite à 9 heures. Salles Axenfeld (H.), et Colin (F.). Consultation le jeudi. — M. Cuffer. Visite à 9 heures. Salles Barth (H.) et Couverchel (F.). Consultation le mercredi. — M. Moizard. Visite à 9 heures. Salle Gérando (H.) Rayer (F.). Consultation le vendredi. — M. Muselier. Salles Parrot et Lorain (H.), et Maurice Raynaud (F.). — M. Faisans : Salles Pidoux et Trousseau (H.) et Cruveilhier F.). — *Chirurgiens* : M. Richelot. Visite à 9 heures. Salles Velpeau. Nélaton et Lisfranc (H.) et Richard Wallace (F.). Consultation les mardis, jeudis et samedis. Opérations tous les jours. — M. Reynier, Visite à 9 h. Salles Dupuytren, Montyon, Seymour (H.) et Delessert (F.). Consultation les lundis, mercredis et vendredis. Opérations tous les jours. — *Chirurgie infantile* : M. Félizet. Visite à 9 heures. Salles Dolbeau (G.), A. Paré (F.), Tenon (deux sexes, 2 à 4 ans) et Boyer (Crèche). Consultations tous les jours. Opérations tous les jours. — *Accoucheur* : M. Champetier de Ribes. Visite à 9 h. Consultation pour les femmes enceintes, tous les jours. — Pharmacien : M. Meillère. — Dentiste : M. le Dr Marchandé.

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 1e 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 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 qui contient 4,000 volumes. Les *externes* touchent 50 francs par mois au lieu de 30, comme dans les autres hôpitaux excentriques.

Hôpital Trousseau, 89, rue de Charenton (ex-Hôpital Sainte-Eugénie, ancien Hôpital Sainte-Marguerite). Enfants, 520 lits.

Médecins : M. le Dr Cadet de Gassicourt. Visite à 8 h. 1/4. Consultations les lundis et jeudis. Salle Barrier (garçons); salle Blache (filles). Salles d'isolement, *coqueluche* (filles). — M. le Dr Sevestre. Visite à 8 h. 1/2. Consultations les mercredis et samedis. Maladies aiguës. Salle Lugol (garçons). Salle Triboulet (filles). Maladies chroniques. Salles Legendre et Lugol (garçons). Salle Triboulet (filles). Teigne. Salle Bazin (garçons). Salles d'isolement, *coqueluche* (garçons). Consultations le samedi. — M. le Dr Legroux. Visite à 8 h. 3/4. Consultations les mardis et vendredis. Maladies aiguës. Salle Archambault (garçons). Salle Bouvier (filles). Maladies chroniques. Salle Archambault (garçons). Salles Valleix et Bouvier (filles). Teigne. Salle Gillette (filles), le mardi. — Consultations et pansement externe de la teigne, deux jours par semaine : M. Sevestre, le samedi ; M. Legroux, le mardi.

Chirurgien : M. Lannelongue. Visite à 8 h. 1/2. Consultations tous les jours. Salle Denonvilliers (garçons). Salle Giraldès (filles). Un amphithéâtre, pourvu de tous les moyens d'étude désirables, est annexé au service de M. Lannelongue.

Pavillons d'isolement. — Des pavillons d'isolement ont été créés dans l'hôpital. *Pavillon Bretonneau*, inauguré en 1879, comprenant 28 lits pour la diphthérie. — *Pavillon Davenne* (système André), inauguré le 25 juillet 1883, comprenant 24 lits pour les scarlatineux. — *Pavillon d'Aligre*, inauguré à la même époque, comprenant 30 lits pour les rubéoleux (un 2e étage comprenant 28 lits et des chambres d'isolement doivent y être prochainement aménagées). Ces services d'isolement sont faits alternativement par les médecins selon le roulement ci-après :

Epoques de service.	Diphthérie Bretonneau.	Scarlatine Davenne.	Rougeole d'Aligre.
1890 Oct. Nov. Déc.	Legroux.	Cadet de G.	Sevestre.
1891 Janvier. . . .	Sevestre.	Legroux.	Cadet de G.
— Février-Mars	Cadet de G.	Sevestre.	Legroux.
— Mars-Avril .	Legroux.	Cadet de G.	Sevestre.
— Avril-Mai. . .	Sevestre.	Legroux.	Cadet de G.
— Juin-Juillet. .	Legrouy.	Cadet de G.	d'Heilly.
— Août-Sept. . .	Cadet de G.	d'Heilly.	Legroux.
— Oct.-Nov. . .	d'Heilly.	Legroux.	Cadet de G.

© ANM

gnostic de l'hématocèle vaginale. — Rapports de la trachée ; signes et diagnostic des corps étrangers des voies urinaires ; — Parties intra-crâniennes du nerf facial depuis son origine apparente jusqu'à sa sortie du rocher ; fractures du rocher (signes et diagn.). — Veines du membre inférieur ; étiologie symptomatique et diagnostic de la flegmatia alba dolens ; — Diaphragme ; diagnostic des épanchements liquides de la plèvre.

Prix de l'internat. — Nous devons ajouter que, tous les ans, il est ouvert pour les prix à décerner aux internes qui terminent leur quatrième année d'exercice deux concours distincts portant : l'un sur la médecine, l'autre sur la chirurgie et les accouchements. — Questions posées à ces concours jusqu'en 1887. Concours de 1877 : *Glandes de la muqueuse stomacale ; Valeur séméiologique de l'hématémèse* (1re division). — *Anatomie du lobule pulmonaire ; emphysème pulmonaire* (2e division). — Concours de 1878 : *Glandes du gros intestin, anatomie et physiologie ; Diagnostic et traitement du cancer de l'intestin* (1re division). — *Anatomie et physiologie du corps thyroïde ; symptômes et physiologie de la maladie de Basedow* (2e division). — Concours de 1879 : *Structure et physiologie des reins ; thromboses veineuses* (1re division). — *Anatomie et physiologie des nerfs du cœur ; causes et symptômes de l'asystolie* (2e division). — Concours de 1880 : *Structure des ganglions lymphatiques ; leucocythémie* (1re division). — *Des glandes de l'intestin grêle ; diagnostic et traitement de l'invagination intestinale* (2e division). — Concours de 1881 : *Vaisseaux capillaires ; embolies capillaires* (1re division) ; — *Artères du cerveau ; paralysie générale* (2e division). — Concours de 1882 : *Uretère, sécrétion urinaire ; phlegmon périnéphrétique* (1re division) ; — *Muqueuse de l'estomac, anatomie et physiologie ; ulcère simple de l'estomac* (2e division). — Concours de 1884. Epreuves écrites : *Cellule hépatique ; accidents du diabète* (1re division) ; — *Valvule iléo-cæcale ; symptômes, diagnostic et traitement de l'étranglement interne* (2e division). — Epreuve orale : *Luxation congénitale de la hanche ; accidents nerveux du saturnisme* (1re division) ; — *Hernie inguinale ; hydrocèle vaginale ; paralysie de la troisième paire* (2e division). — Concours de 1885. Epreuves écrites (1re division) : *Col de la vessie et tumeurs de la vessie ;* — (2e division) : *périoste et ostéomyélite phlegmoneuse diffuse.* — Epreuves orales : *Rétrécissement de l'artère pulmonaire* (1re division) ; — *Symptômes et diagnostic des kystes de l'ovaire ; bronchite capillaire* (2e division). — Concours de 1886. Epreuves écrites. (1re division) : *Structure des veines ; Phlébite.* — (2e division) : *Conformation extérieure et rapports du foie ; Kyste du foie.* — Epreuves orales : *Luxation traumatique de la hanche ; Rhumatisme cérébral* (1re division). — *Mal de Pott sous-occipital : — Causes, signes et marche de la paralysie faciale* (2e division). — L'année suivante le concours de la première division a été supprimé. Concours de 1887 : (Les internes de 4e année seulement ayant pris part à ce concours qui était facultatif). Epreuve écrite : *Pylore ; dilatation de l'estomac.* Epreuve orale ; *De l'hématocèle vaginale.*

A partir de 1888, le *Concours des Prix de l'Internat* est dédoublé (voir Bulletin du *Numéro des Etudiants*, 1887 et *Progr. méd.*, 1888, 1re sem., p. 89.) en deux concours portant les noms de *Concours de la médaille d'or pour la médecine et pour la chirurgie* ou de *Concours des bourses de voyages.* Désormais il y a donc deux concours un pour les *internes en chirurgie* de 4e année, l'autre pour les *internes en médecine* de 4e année. Ces deux concours, pour 1888, ont eu lieu en décembre. Voici les questions qui ont été posées : *Section de médecine* : Question écrite : ..... ; — Question orale : *Hémorragies de la fièvre typhoïde.* — *Section de Chirurgie* : Question orale : *des Tumeurs érectiles* ; — Question écrite : *Développement des os ; fractures spontanées.*

En dehors de ces prix, il en existe certains autres dus à des fondations, et dont la plupart sont accordés à celui qui est arrivé premier lors du concours de l'internat. Ces prix sont les suivants. *Prix Arnal* : Livres et instruments donnés au premier externe nommé au concours. Valeur 450 fr. — *Prix Dusol* : Donné au premier interne nommé au concours. Valeur 300 fr. — *Prix Godard* : Boite ou trousse d'instruments au premier interne nommé au concours. Valeur 200 fr. — *Prix Barbier* : Au premier interne nommé au concours sous la condition qu'il sera attaché au service chirurgical de la Charité. Valeur 1250 fr. environ. — *Prix Burlaud* : Donné à l'un des trois internes reçus 5e, 6e ou 7e au concours, et qui sera désigné par le sort. Valeur 500 fr. (payables par trimestres ; d'ordinaire, les trois élèves partagent le prix). — *Prix Civiale* : Prix biennal de 1000 fr., à l'interne, titulaire ou provisoire, auteur du meilleur travail sur les maladies des voies urinaires.

Les renseignements qui précèdent montrent combien l'*externat* et surtout l'*internat* offrent d'avantages scientifiques aux étudiants en médecine, et nous ne saurions trop engager les étudiants laborieux à se préparer aux concours qui permettent d'arriver aux fonctions d'externes et d'internes. Voici les avantages matériels que ces institutions leur présentent.

Internes. — Avant 1882 : 1re et 2e années, 500 fr. ; 3e année, 600 fr. ; 4e année, 700 fr. Depuis le 1er janvier 1882, à la suite d'une proposition de M. Bourneville, adoptée par le Conseil municipal, les indemnités sont les suivantes : 1re année, 600 fr. ; 2e année, 700 fr. ; 3e année, 800 fr. ; 4e année, 1,000 fr. — Les internes sont d'habitude logés. Dans le cas contraire, ils reçoivent une indemnité de 600 fr. — Le nombre des places vacantes est d'ordinaire de 45 à 50 ; celui des candidats de 400 environ ; celui des copies remises de 300 environ.

Externes. — 1° Dans les hôpitaux dits du *centre* : Charité, Clinique, Hôtel-Dieu, Pitié, les externes ne reçoivent aucune indemnité ; — 2° Dans les hôpitaux *semi-excentriques*, comme Necker, les Enfants-Malades, Cochin, etc. ; les externes touchent par service 300 fr. par an ; — 3° Dans les hôpitaux *excentriques* (Beaujon, Lariboisière, Saint-Antoine, Trousseau et Saint-Louis, etc.), les externes ont une indemnité de un franc par jour. — A la Maison de Santé, les externes ont collectivement par service 300 fr. par an et, de plus, une indemnité individuelle de 300 fr. — Enfin, à Tenon, à Bichat, etc. les externes, vu la grande distance de l'hôpital, touchent exceptionnellement, comme nous l'avons dit, une indemnité de 50 fr. par mois.

Asiles d'aliénés de la Seine.

En raison de l'importance de l'Assistance publique à Paris, de la distribution des secours de toute nature, du nombre des établissements hospitaliers, il a été nécessaire de créer une Administration spéciale. En 1849, une loi a confié à cette Administration le service des Enfants assistés et des Aliénés. En 1873, l'Administration de l'Assistance publique, qui était très impopulaire, s'est vu enlever le service des aliénés. Il s'en suit que, aujourd'hui, il existe à Paris deux Administrations de l'Assistance publique, l'une siégeant avenue Victoria, et une autre, limitée au service des aliénés, siégeant à la Préfecture de la Seine. Il en résulte, à tous les égards, de nombreux inconvénients. Les dépenses sont plus considérables et tendent à s'accroître chaque année ; on a créé un nouveau Corps médical, un autre groupe d'internes, etc. De là, des tiraillements de toute sorte, des fausses manœuvres, des pertes de temps. Il serait vivement à désirer que tous les services relatifs à l'Assistance publique fussent réunis en un seul groupe. En attendant la réalisation de cette réforme si désirable, nous croyons utile de donner les conditions relatives à l'*internat des asiles*. Depuis 1879, les places d'internes en médecine des asiles d'aliénés de la Seine sont données au concours.

Conditions du concours. — Peuvent prendre part au concours tous les étudiants en médecine âgés de moins de 30 ans révolus le jour de l'ouverture du concours et pourvus au moins de huit inscriptions, prises dans les Facultés. Les candidats devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine (Bureau des aliénés), annexe Est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau. Chaque candidat devra produire les pièces ci-après : 1° Un acte de naissance ; 2° Un extrait du casier judiciaire ; 3° Un *certificat de revaccination* (1) ; 4° Un certificat de bonnes vie et mœurs, délivré par le maire de la commune ou le commissaire de police de son quartier ; 5° Un certificat constatant qu'il est pourvu de 8 inscriptions en médecine.

Epreuves. — *Epreuve d'admissibilité* : 1° Une épreuve écrite de trois heures, sur un sujet d'anatomie et de physiologie du système nerveux. Cette épreuve pourra être éliminatoire, si le nombre des concurrents dépasse le triple des places vacantes.

Epreuve définitive : 2° Une épreuve orale de quinze minutes, sur un sujet de pathologie interne et de pathologie externe, après un quart d'heure de préparation. — Le maximum des points à accorder pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit : Pour l'épreuve écrite, 30 points ; pour l'épreuve orale, 20 points. Le sujet de l'épreuve écrite est le même pour tous les candidats. Il est tiré au sort entre trois questions qui sont rédigées et arrêtées avant l'ouverture de la séance par le Jury. 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 entre trois questions qui sont rédigées et arrêtées par le jury, avant l'ouverture de chaque séance.

Les noms des candidats qui doivent subir l'épreuve orale sont tirés au sort, à l'ouverture de chaque séance. Le jugement

(1) Nous avons enfin obtenu gain de cause sur ce point, comme nous l'avons déjà obtenu, non sans peine, pour le concours de l'internat des hôpitaux ; il ne devrait pas y avoir de décès par la variole dans les hôpitaux. Malheureusement, à la Faculté de médecine on n'a encore rien fait, ni à l'entrée dans toutes les Facultés.

© ANM

définitif porte sur l'ensemble des deux épreuves (écrite et orale). Les premiers reçus au concours sont nommés internes titulaires. La durée de leurs fonctions est de trois ans.

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 février. — 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. Voici les questions écrites et orales données aux concours de 1881 à 1889, afin de donner aux futurs concurrents une idée de la nature des épreuves.

Questions écrites. — C. de 1883 : *Cordon postérieur de la moelle* (anatomie et physiologie). — C. de 1884 : *Nerf récurrent* (anatomie et physiologie). — C. de 1885 : *Racines des nerfs rachidiens.* — C. de 1886 : *Artères de l'encéphale; circulation cérébrale.* — C. de 1887 : *Pneumogastrique* (anat. et physiologie). — C. de 1888 : *Cordons postérieurs de la moelle* (anat. et physiol.)

Questions orales. — Concours de 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.* — Concours de 1886 : *Symptômes et marche de la scarlatine régulière ; anthrax ; — Signes et diagnostic de la première période de la phtisie pulmonaire ; — fractures de la clavicule ; — Signes et diagnostic de la péritonite aiguë ; — Fractures de la rotule.* — Concours de 1887 : *Valeur séméiologique de l'hémoptysie ; — Signes et diagnostic des luxations de l'épaule ; — Causes et signes du pneumothorax ; Fractures de la clavicule.* — C. de 1888 : *Luxation de l'épaule ; Signes et diagnostic de l'insuffisance aortique. — Fracture compliquée de la jambe ; Erysipèle de la face* (signes et diagnostic). — *Hernie crurale étranglée ; Rhumatisme articulaire aigu* (signes et diagnostic). — *Plaie pénétrante de l'abdomen* (symptômes et complications) ; *Typhlite.* — C. de 1889 : *Causes et diagnostic de l'hémoptysie ; symptômes et diagnostic de l'hernie étranglée. — Scarlatine ; fracture du col du fémur. — Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde ; Symptômes et diagnostic des anévrismes externes. — Signes et diagnostic de la pleurésie purulente ; Plaies de la poitrine* (1).

Concours pour 1890. Le lundi 15 décembre 1889, à midi précis, il sera ouvert à la Préfecture de la Seine, annexe Est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, à Paris, un concours pour la nomination à trois places d'interne titulaire en médecine dans les asiles publics d'aliénés de la Seine ; asile-clinique (Sainte-Anne), Ville-Évrard, Vaucluse et Villejuif et à l'infirmerie spéciale des aliénés près le dépôt de la Préfecture de police. Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine (Bureau des aliénés), annexe Est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de *onze heures à quatre heures*, depuis le jeudi 13 novembre jusqu'au samedi 29 novembre 1889, inclusivement.

Les avantages matériels attachés à la situation d'interne 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 à l'Asile-Clinique, et qui est porté à 1.100 francs, pour tenir compte des frais de déplacement, dans les asiles extra-muros de Ville-Evrard, de Vaucluse et de Villejuif.

Les internes de l'infirmerie spéciale des aliénés près le dépôt de la Préfecture de police reçoivent un traitement de mille francs. Ils ont droit, en outre, au logement, au chauffage, et à l'éclairage. Ils n'ont pas droit à la nourriture.

La répartition des internes dans les divers services d'aliénés se fait, d'après l'ordre de classement établi par le jury d'examen, le 1er février seulement de chaque année. Ce mode de répartition assure à presque tous les internes des Asiles de la Seine un séjour d'une année sur trois dans un des services de l'Asile-Clinique, à Paris, ou de celui de Villejuif situé à proximité de Paris. Un interne ne peut rester plus de deux ans dans le même service. Tout interne titulaire est autorisé à passer sa thèse de doctorat aussitôt après sa nomination.

Médaille d'or de l'internat des asiles. — Le Rédacteur en chef de ce journal, qui demande en vain depuis longtemps que les internes des asiles soient fournis par l'Assistance publique et appartiennent 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. Herold, préfet de la Seine, a fait examiner cette proposition par une Commission spéciale qui a émis un avis favorable. En conséquence, il a pris un arrêté que l'on trouvera tout au long dans le *Numéro des Étudiants* de 1886 (p. 937). 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. Vétault, interne à Ste-Anne, a obtenu la bourse avec 83 points ; — le troisième concours a eu lieu le 15 novembre 1886; M. le Dr Pichon a obtenu la bourse avec 92 points. Le quatrième concours a eu lieu en novembre 1888. M. le Dr Sérieux a obtenu la bourse avec 88 points. — Voici les questions du concours de 1889 : Médecine : *Ulcère de l'estomac ; paralysies saturnines* (orale) ; — Artère pulmonaire, embolie pulmonaire (écrite). — Chirurgie : *Cancer de l'utérus* (orale). — *Appareil ligamentaire de l'articulation de la hanche et luxations congénitales* (écrite).

Asile-Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, boulevard Saint-Jacques, 903 lits. L'Asile-Clinique relève directement de la Préfecture de la Seine et ne dépend pas de l'Administration de l'Assistance publique. — *Directeur* ; M. le Dr Taule : *Médecins, chefs de service* : MM. Bouchereau et Dubuisson (service de l'asile femmes et hommes); M. Magnan (service de l'admission). — *Pharmacien en chef* : M. le Dr Quesneville, agrégé à l'Ecole de pharmacie. Médecin adjoint : M. Dagonet fils, 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 Rouillard, chef de clinique responsable du service, conformément aux prescriptions de la loi du 30 juin 1838. — Chef de laboratoire, M. le Dr Klippel. M. Magnan fait également à Sainte-Anne des leçons de clinique mentale (Voir p. 409).

Ecole départementale d'infirmiers et d'infirmières de l'Asile-Clinique (Sainte-Anne) (neuvième année). — Les cours ont commencé le vendredi 7 novembre 1890, à huit heures du soir, dans l'Amphithéâtre de l'admission et se continueront les lundis et vendredis suivants à la même heure. — *Hygiène*, professeur : M. le Dr Dubuisson. — *Pansements et Appareils*, professeur : M. le Dr Picqué. — *Physiologie*, professeur : M. le Dr Vallon. — *Anatomie*, professeur : M. le Dr Pichon. — *Petite pharmacie*, professeur : M. Thabuis, pharmacien en chef de l'asile de Vaucluse. — *Administration*, professeur : M. le Dr Taule. — Les personnes étrangères à l'établissement, qui désireront suivre ces cours gratuits, devront se faire inscrire tous les jours, de 10 h. à 4 heures, à la direction de l'Asile.

Asile de Ville-Evrard (Seine-et-Oise), 937 lits. — *Directeur-administrateur* : M. Balet. — *Médecins, chefs de service* : MM. les Drs Fervé (division des femmes) et Marandon de Montyel (division des hommes) ; *pharmacien en chef* : M. Magnin.

A côté de l'asile public, il existe un pensionnat qui est tout à fait distinct de l'asile et a pour médecin en chef : M. le Dr Keraval.

Asile de Vaucluse, à Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise), 680 lits. — *Médecin-directeur* : M. le Dr Boudrie ; *médecins adjoints* : MM. Ramadier et Sérieux ; *pharmacien en chef* : M. Thabuis. A l'asile de Vaucluse est annexée une *colonie* pour les enfants arriérés et idiots. Elle peut contenir 116 lits. Cette colonie de Vaucluse est sous la direction du Dr Legrain, médecin adjoint, remplissant les fonctions de médecin chef de service. Un pensionnat pour des aliénés, au compte des familles, est en projet de construction dans le parc de l'asile.

Asile de Villejuif (Seine), 1.200 lits. — *Directeur-administrateur* : M. Barroux. Médecins, chefs de service : M. le Dr Marcel Briand (division des femmes) et M. le Dr Vallon (division des hommes). — *Pharmacien en chef* : M. Requier.

Maison nationale de Charenton.

Médecins en chef : MM. les Drs Christian et Ritti, Chirurgien : M. le Dr Damalix. — Les internes de cet établissement sont nommés par un concours spécial. (Voir les conditions (*Progr. méd.*, n° 27, p. 564, 1886.). — Le premier concours a eu lieu en 1886. Question écrite : *Nerf facial* (anat. et physiol.). Epreuves orales : *Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde ; Diagnostic de la hernie inguinale.* Le 2e concours a eu lieu en mars 1887 ; le troisième concours a eu lieu le 18 juin 1889. Trois candidats s'étaient fait inscrire ; deux seulement se sont présentés. Question écrite : *Rétine* (anatomie et physiologie). Les autres questions restées dans l'urne étaient : nerf crural ; dure-mère crânienne. — Question orale : symptômes de la

(1) On trouvera les questions orales et écrites de tous les concours antérieurs dans le *N° des Etudiants* de 1889.

(1) Il est vivement à désirer que la *médaille d'or des hôpitaux* soit remplacée par *trois*, et non *deux bourses de voyage*. Il y aurait 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*.

© ANM

fièvre typhoïde, fracture du péroné. Les autres questions étaient : ulcère rond de l'estomac, symptômes et diagnostic ; — pansement des plaies ; — symptômes de la pneumonie gauche aiguë ; — panaris.

Le 2e concours a eu lieu le 22 avril 1890. Cinq candidats s'étaient fait inscrire et se sont présentés ; trois ont été déclarés admissibles. Question écrite : *Nerf cubital* (anatomie et physiologie). Les autres questions restées dans l'urne étaient : dure-mère crânienne ; pneumogastrique. — Question orale : symptômes et diagnostic de la rougeole, cathétérisme œsophagien. Les autres questions étaient : diagnostic de la pneumonie aiguë franche, luxation du maxillaire inférieur ; — étiologie de la fièvre typhoïde, rétention d'urine. Il est probable qu'un nouveau concours aura lieu en 1891.

Asiles de convalescence de Vincennes et du Vésinet.

A. de Vincennes. — Directeur : M. Boeuf. Médecins : MM. Du Mesnil et Bloch. 3 internes nommés au concours. Les candidats doivent avoir été externes des hôpitaux de Paris pendant une année au moins. Ils ne sont pas logés. Leur traitement est de 1,500 fr. la 1re année ; 1,600 fr. la 2e ; 1,700 fr. la 3e. Ils ont le déjeûner, le jour où ils ne sont pas de garde, moyennant une retenue de 20 fr. par mois.

A. du Vésinet. — Directeur : M. Cassiat ; — médecin *résident* : M. Capmas ; — médecin-adjoint : M. Lelièvre (de Chatou). — 320 lits. — Pas d'internes, en raison de la présence d'un médecin résident.

Clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts.

Cette clinique est située 28, rue de Charenton, ou 13, rue Moreau (près la Bastille). — Médecins : M. le Dr Trousseau. Consultations les mardis, jeudis, samedis. Opérations les lundis, mercredis, vendredis ; — M. le Dr Chevallereau. Consultations les lundis, mercredis, vendredis. Opérations les mardis, jeudis, samedis. Leçons et cours par les médecins de la Clinique à partir du 19 novembre, à 2 h. après midi. — Lundi, Dr Kalt : *Maladies des membranes internes de l'œil, ophtalmoscopie.* — Jeudi, Dr Valude : *Maladies des paupières, des voies lacrymales, de la conjonctive et de l'orbite.* — Vendredi, Dr Trousseau : *Réfraction ; thérapeutique oculaire.* — Samedi, Dr Chevallereau : *Paralysies musculaires, strabisme, maladie de la cornée, de la sclérotique et de l'iris.* — Mercredi : Présentation et discussion de malades par les médecins de la Clinique.

Nous n'avons jamais cessé de réclamer ici l'organisation d'un *concours unique* pour le recrutement des *internes* de tous les établissements hospitaliers municipaux, départementaux et nationaux qui existent à Paris ou dans le département de la Seine. Les concours *spéciaux* à l'entrée, pour ainsi dire, de la carrière médicale, nous ont toujours paru déplorables ; il y a donc là une question scientifique de premier ordre. En second lieu, l'émulation serait plus grande et l'on ne créerait pas, dès le début, des rivalités et des jalousies....., qui ne se produisent que trop souvent lorsqu'il s'agit des concours pour les places de chefs de service. Enfin, il y aurait économie de temps, économie de jurys, et moins de dépenses pour les contribuables. Espérons qu'il y aura un jour des administrateurs suffisamment éclairés et indépendants pour réaliser cette réforme.

Enseignement clinique dans les hôpitaux.

Hôpital des Enfants-Malades. — Thérapeutique infantile. M. le Dr Jules Simon recommencera son cours de thérapeutique le mercredi 19 novembre à 9 heures, et le continuera tous les mercredis. Consultation clinique le samedi. — *Chirurgie des enfants* et *Orthopédie.* M. le Dr de Saint-Germain recommencera ses conférences cliniques le 29 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 10 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. Samedi : Consultation supplémentaire (salle Gillette), maladies du système nerveux. Vendredi : Consultation supplémentaire (même salle), médecine générale infantile. Mardi : Consultation supplémentaire (salle Bazin), maladies du cuir chevelu et autres maladies de la peau.

(Voir Faculté de médecine, pour le cours de M. le prof. Grancher. M. le Dr Déjerine fera, dans le service de ce professeur, des cours libres à partir du jeudi 4 novembre, à 4 heures).

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. Le Dr Dubief fait de plus dans le laboratoire un cours de bactériologie et les élèves sont exercés à toutes les préparations bactériologiques. Enfin, une collection de plantes médicinales et de matière médicale faite sous la direction de M. Egasse sert à l'instruction des élèves.

Hôpital Bichat. — Leçons de clinique et de thérapeutique médicales. M. le Dr Henri Huchard fait tous les ans, à partir du mois de mai, des leçons tous les dimanches. 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 *anciens et nouveaux*, sous la direction de M. le Dr Ch. Eloy, ancien interne des hôpitaux, et avec l'assistance du chef de service. Dans le *laboratoire d'anatomie pathologique et d'histologie*, très bien installé comme le précédent, M. le Dr Weber, ancien interne des hôpitaux, est chargé des démonstrations et des recherches anatomo-pathologiques pendant l'hiver et jusqu'au mois de mai, époque où ont eu lieu d'ordinaire ses leçons de clinique et de thérapeutique médicales, M. le Dr Henri Huchard fait, au lit du malade, des leçons sur la *thérapeutique générale* tous les lundis, et sur les *affections du cœur* tous les samedis. Les élèves sont exercés à discuter les diagnostics et à poser les indications thérapeutiques dans les diverses maladies les autres jours de la semaine.

Hôtel-Dieu. — Clinique chirurgicale. M. le Dr Tillaux, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, commencera ses leçons de clinique chirurgicale le lundi 12 novembre à 10 heures et les continuera les mercredi, vendredi et lundi suivants à la même heure.

Hôpital de la Charité. — Service d'accouchements. M. le Dr P. Budin. Les étudiants sont admis à pratiquer tous les accouchements. Visite le matin à 9 heures. Lecture des observations. Interrogations des élèves. — A partir du 1er décembre, M. le Dr Luys fera, chaque semaine, le jeudi, une conférence sur les maladies du système nerveux et leur traitement par les nouvelles méthodes dérivées de l'hypnotisme.

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 1890. — *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 10 h., à la Salpêtrière. Opérations le samedi pendant toute l'année.

Hôpital Saint-Louis. — Maladies de la peau. M. le Dr Emile Vidal. Le lundi à 9 heures 1/2, traitement chirurgical des maladies de la peau : lupus, couperose, chéloïdes, etc. ; le mardi à 9 heures, consultation ; le mercredi, à 9 h. 1/2, conférence clinique ; le vendredi, à 9 heures 1/2, traitement de la pelade et de la trichophytie tonsurante. — *Clinique chirurgicale* : M. Péan, cours et opérations, le samedi de 9 heures 1/2 à midi. — M. le Dr Quinquaud fait l'hiver un cours sur les teignes et les affections du cuir chevelu ; — l'été, un cours de dermatologie et de syphiligraphie. Ces cours ont lieu à la salle des conférences, à quatre heures.

Hôpital Broussais. — MM. Barth, Chauffard et Reclus, commenceront, à partir du lundi 11 novembre, une série de leçons cliniques. — M. Reclus fera sa première leçon de clinique chirurgicale le lundi 17 novembre, à 9 h. 1/2, et continuera les lundis suivants à la même heure. — M. Barth fera sa première leçon de clinique médicale le mercredi 13 novembre, à 9 h. 1/2, et continuera les mercredis suivants à la même heure.

Hospice de Bicêtre. — Maladies des vieillards et maladies chroniques du système nerveux : M. Déjerine, mercredi à 10 h. — *Maladies mentales* : M. Charpentier. Mercredi, à 8 h. 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants* : M. Bourneville. Samedi, à 9 h.

Hôpital Trousseau. — M. le Dr Legroux, agrégé, fera tous les mercredis, à 3 h. 1/2, salles Bouvier et Archambault, des conférences cliniques. Visite le matin à 9 heures. Consultations les mardis et vendredis. — M. Sevestre, conférences cliniques au lit du malade et examen des malades nouveaux les lundis et jeudis. Consultation les mercredis et samedis.

Asile Sainte-Anne. — M. Magnan reprendra, dans l'Amphithéâtre de l'Admission, ses leçons cliniques sur les *maladies nerveuses et mentales* le dimanche 9 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. Les leçons auront plus particulièrement pour objet cette année l'*alcoolisme et son influence sur les maladies mentales.*

On ne peut qu'adresser des félicitations aux médecins et chirurgiens des hôpitaux qui font chaque année des cours cliniques. Il serait bon, comme nous le disons dans le *Bulletin*, que le Conseil municipal organisât et subventionnât cet enseignement.

© ANM

Tous les renseignements que nous avons groupés sous le titre général HÔPITAUX, montrent d'une façon évidente combien il serait facile de créer, à Paris, une ÉCOLE MUNICIPALE DE MÉDECINE à côté de la Faculté de médecine de l'Etat, qui, elle, pourrait être organisée en quelque sorte en FACULTÉ SUPÉRIEURE DE MÉDECINE. La Ville de Paris et l'Administration de l'Assistance publique possèdent, en effet, un personnel considérable et instruit pour l'enseignement (médecins, chirurgiens, aliénistes, accoucheurs, pharmaciens, prosecteurs, etc.); — un amphithéâtre d'anatomie, des musées, des laboratoires et les cliniques les plus riches du monde. Si M. le Dr Peyron, directeur de l'Assistance publique, prenait l'initiative de cette organisation, il acquerrait un grand honneur et rendrait un service de premier ordre à notre pays.

POLICLINIQUE DE PARIS

(28, rue Mazarine).

La Policlinique de Paris a été fondée pour donner des consultations gratuites et des soins gratuits à domicile aux indigents soignés antérieurement au siège de la Société. Elle a en même temps pour but, en réunissant dans un même local les consultations de médecine et de chirurgie générales, et celles des différentes spécialités, d'être utile aux étudiants qui veulent assister à ces consultations. Ces dernières, faites avec soin, fournissent de nombreux matériaux utilisables, qui, d'ordinaire, sont passés sous silence dans la majorité des consultations gratuites, en raison du nombre trop considérable de consultants. A l'exemple des Policliniques étrangères de Vienne, de Bâle, de Berlin, les médecins de la Policlinique de Paris se sont réunis dans un même local, où ils exercent leurs différentes spécialités : Médecine générale, chirurgie, maladies des voies urinaires, maladies des enfants, maladies du nez, des oreilles et de la gorge, maladies des yeux, maladies des femmes, odontologie, maladies de la peau, etc.

Les étudiants sont admis à toutes ces consultations; de plus, chacun des chefs de service fait chaque semaine un cours théorique sur les affections qu'il soigne. Les étudiants sont également appelés à aider les chefs de service dans le traitement des malades et les opérations en ville. Enfin, un laboratoire de recherches annexé à la Policlinique, est mis à la disposition des étudiants qui désireraient faire des travaux spéciaux, soit pour un mémoire, soit pour leur thèse. Fondée depuis le mois d'avril 1890, la Policlinique, malgré ses faibles ressources et ses locaux insuffisants, a déjà donné environ 7,000 consultations.

Consultations : *Médecine générale*, lundi, mercredi, vendredi et dimanche, à 10 h. 1/2, M. le Dr BOUISSON. — *Maladies nerveuses*, mardi, vendredi et dimanche, à 9 heures matin, M. le Dr ARTHAUD. — *Maladies de la peau et syphilis*, lundi et mercredi, à 3 h. 1/2, jeudi et vendredi, à 8 heures soir, M. le Dr BUTTE. — *Maladies des femmes, grossesse, accouchements*, mardi, jeudi et samedi, à 3 heures soir, M. le Dr Ad. OLIVIER. — *Maladies de la gorge, des oreilles et du nez*, tous les jours, de 5 à 6 heures, sauf le dimanche, M. le Dr NATIER. — *Voies urinaires et petite chirurgie*, lundi, mercredi et vendredi, à 3 heures soir, M. le Dr BRAINE. — *Maladies de poitrine*, dimanche, à 10 heures matin, M. le Dr ARTHAUD. — *Maladies des enfants*, jeudi à 1 h. soir, et dimanche, à 9 h. matin, M. le Dr GILLET. — *Maladies des yeux*, mardi, jeudi et samedi, à 2 heures soir, M. le Dr BACCHI. — *Maladies de la bouche et des dents*, lundi, mercredi et vendredi, à 4 h. 1/2, M. le Dr CHABRY.

Cours et Conférences cliniques de la Policlinique.

(Semestre d'hiver)

Médecine générale : Le Dr BOUISSON commencera des conférences de *clinique médicale* le lundi 24 novembre, à 10 h. 1/2 du matin, et les continuera les lundis suivants à la même heure. — *Dermatologie et syphiligraphie* : Le Dr BUTTE commencera des conférences cliniques sur les *affectations cutanées* le mercredi 26 novembre, à 5 h. 1/2 du soir, et les continuera les mercredis suivants à la même heure. — *Obstétrique* : Le Dr Ad. OLIVIER a commencé un cours complet d'*accouchements* le mardi 4 novembre, à 2 heures, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure. — *Gynécologie* : Le Dr VUILLET, professeur à la Faculté de médecine de Genève, le Dr LUTAUD, médecin adjoint de St-Lazare et le Dr Ad. OLIVIER, chef de service des maladies des femmes, commenceront un cours de *gynécologie opératoire* le mercredi 26 novembre, à 5 h. du soir. Ce cours est destiné aux jeunes médecins et aux étudiants en médecine qui sont à la fin de leurs études. Ils pratiqueront les opérations soit directement, soit comme aides. — *Laryngologie, otologie et rhinologie* : Le Dr NATIER a commencé un enseignement clinique sur les *affections du larynx, des oreilles et du nez* le mardi 4 novembre, à 5 h. du soir, et le continuera tous les jours de la semaine à la même heure. — *Tuberculose* : Le Dr ARTHAUD commencera des conférences cliniques sur les affections tuberculeuses le mardi 2 décembre, à 8 h. du soir, et les continuera les lundis suivants à la même heure. — *Chirurgie et voies urinaires* : Le Dr BRAINE commencera des conférences cliniques sur les *affections des voies urinaires* le mercredi 19 novembre, à 5 heures du soir, et les continuera les mercredis suivants à la même heure. — *Maladies des enfants* : Le Dr H. GILLET a commencé un cours théorique complet de *pathologie infantile* le jeudi 6 novembre, à 2 heures du soir, et le continuera tous les jeudis à la même heure. — *Ophtalmologie* : Le Dr BACCHI commencera des conférences cliniques sur l'*ophtalmologie* le mercredi 12 novembre, à 2 heures du soir, et les continuera les mercredis suivants à la même heure. Le mardi, opérations. Le jeudi, exercices d'ophtalmoscopie. — *Maladies de la bouche et des dents* : Le Dr CHABRY commencera un enseignement clinique sur les *affections de la bouche et des dents* le lundi 10 novembre, à 5 heures du soir, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure. — *Chimie médicale* : M. G. DARZENS, ancien élève de l'École polytechnique, commencera des conférences de *chimie médicale pratique*, le lundi 10 novembre, à 8 heures du soir et les continuera les lundis suivants à la même heure.

CLINIQUE GÉNÉRALE DE PARIS

(25, Quai des Grands-Augustins (Place Saint-Michel).

Consultations gratuites.

Chirurgie des enfants. Orthopédie : M. le Dr COUDRAY, mardi, jeudi et samedi, de 3 h. à 5 h.; — *Médecine des enfants* : M. le Dr CARRON DE LA CARRIÈRE, mardi, jeudi et samedi, de 10 h. à midi; — *Electrothérapie (Maladies des muscles et des nerfs)*, M. le Dr LABAT, lundi, mercredi et vendredi, de 10 h. à midi; — *Maladies des femmes et accouchements*, M. le Dr FOURNEL, mardi, jeudi et samedi, de midi 1/2 à 2 h. 1/2; — *Hydrothérapie, massage (maladies nerveuses et mentales)*, M. le Dr DESCOURTIS, mardi, jeudi et samedi, de 1 h. à 3 h.; — *Maladies de la gorge, du nez et du larynx*, M. le Dr ASTIER, lundi, mercredi et vendredi, de 10 h. à midi; — *Maladies de la peau, syphilis*, M. le Dr DE MOLÈNES, mardi, jeudi et samedi, de 10 h. à midi; — *Médecine et chirurgie des voies urinaires*, M. le Dr MALÉCOT, lundi, mercredi et vendredi, de 5 h. à 6 h. 1/2; — *Maladies des yeux*, M. le Dr PINEL-MAISONNEUVE, lundi, mercredi et vendredi, de 1 h. à 3 h.

La « Clinique générale de Paris », destinée au *traitement gratuit* des indigents et à l'*enseignement libre*, est ouverte aux docteurs et aux étudiants; des cours pratiques sont faits aux heures ci-dessus sur les différentes branches de la médecine.

ENSEIGNEMENT MÉDICAL LIBRE.

Cours d'accouchements. — MM. les Drs A. BOISSARD, ancien chef de clinique obstétricale et G. LEPAGE commenceront, le lundi 10 novembre, à 5 h. du soir, un cours théorique et pratique d'accouchements. Ce cours *gratuit* a lieu tous les jours à 5 h. dans la salle des Conférences de l'Association générale des Etudiants, 41, rue des Ecoles. Il sera complet en 36 leçons et comprendra des exercices pratiques sur le mannequin.

Cours d'accouchements, gratuit, quotidien, complet en deux mois. — Manœuvres : M. le Dr FOURNEL, a commencé son cours dans son amphithéâtre particulier, rue Suger, n° 4 (près la place Saint-Michel) le lundi 4 novembre à 5 heures du soir, et le continuera tous les jours à la même heure.

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 h., leçon ouverte aux médecins, élèves et sages-femmes, sur la présentation de leur carte. A 10 heures : consultations. La première leçon a eu lieu le jeudi 6 novembre.

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 10 novembre, à 1 h. 1/2, et les continuera les lundis suivants, à la même heure. Les élèves sont exercés à l'examen des malades.

Electrothérapie et Gynécologie. — M. le Dr APOSTOLI fera un cours tous les mercredis à 3 heures, à l'Ecole pratique. Clinique gynécologique et électrothérapique, 19, rue du Jour (aux Halles). — Tous les jeudis, à 4 heures, une leçon clinique avec examen de malades. — Consultations gratuites et publiques les mardis, jeudis et samedis, de 4 à 6 heures.

Maladies des enfants. — M. le Dr BOUCHUT, agrégé de la Faculté, 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.

© ANM

Laryngologie et Rhinologie et de leurs rapports avec les affections qui en dépendent. — M. le Dr MADEUF, licencié ès sciences physiques et ès sciences naturelles, etc., a créé une clinique pour permettre aux étudiants et aux médecins d'apprendre *pratiquement* les différentes méthodes. Les élèves sont initiés individuellement à la Larynscopie et à la Rhinoscopie antérieure et intra-postérieure, et à toutes les opérations qui se pratiquent sur le nez et le larynx. Une distribution gratuite de médicaments assure un nombre considérable de malades, 46, rue de l'Arbre-Sec. Dimanche, de 8 à 10 heures du matin; vendredi, de 6 à 7 heures du soir; mercredi, de 4 à 6 heures.

Technique microscopique (Manipulations pratiques).—Ce cours (particulier a lieu d'une façon permanente, tous les jours, de 4 à 6 heures, et de 8 à 10 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'exigent journellement la pratique médicale ou les besoins des examens à la Faculté. 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, 17, rue du Louvre, de 1 heure à 2 heures. Leçons particulières.

Eaux minérales. — M. le Dr Max. DURAND-FARDEL fait 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 3, de l'Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Leçons cliniques sur l'orthopédie. — Dr BILHAUT, tous les mercredis à 3 heures, 2, Impasse Guéménée.

Maladies du larynx et du nez. — Clinique du Dr A. CARTAZ, ancien interne des hôpitaux, 15, rue Jean-Lantier, mercredi, samedi, à 9 heures.

Maladies des oreilles et du nez. — M. le Dr C. MIOT, 41, rue Saint-André-des-Arts. Leçons cliniques les lundis et mercredis, à midi. — Consultations les lundis, mardis, mercredis et vendredis.

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 continue 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 BLANC, chef de clinique, est à la disposition des assistants pour leur apprendre le maniement des instruments laryngoscopiques et rhinoscopiques.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles. — Clinique du Dr LUC, ancien interne des hôpitaux, 15, rue Malebranche, mardi, samedi, à 5 heures.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles. — M. le Dr BARATOUX reprendra ses conférences le mardi 11 novembre, à 3 h. 1/2, à sa Clinique, 33, rue Saint-André-des-Arts, et les continuera tous les samedis et mardis à la même heure.

Maladies des yeux. — Clinique du Dr DUBOYS DE LAVIGERIE, 76, rue St-Dominique. Leçons cliniques et théoriques les mardis et vendredis de chaque semaine, à 2 heures, sur les maladies des yeux et la chirurgie oculaire.— Ophtalmométrie, Réfraction et Ophtalmoscopie.

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 ophtalmique de la rue d'Abbeville. Il traitera, cette année du diagnostic et du traitement des affections oculaires.

Ophtalmologie. — La clinique du Dr GALEZOWSKI (*maladies des yeux*) a été transférée récemment au 41 de la rue Dauphine. — Les conférences cliniques sur les maladies des yeux ont lieu les lundis, mercredis et vendredis, de 1 h. à 3 h. Les lundis et les vendredis sont consacrés aux opérations et à l'étude des maladies externes des yeux; les mercredis à l'examen ophtalmoscopique et à la réfraction. Le Dr Galezowski fera, en outre, tous les lundis, entre 2 et 3 heures, un cours complet sur les opérations de la cataracte et sur leur traitement consécutif.

Ophtalmologie. (Médecine opératoire). — M. le Dr GILLET DE GRANDMONT.—Les élèves seront exercés à la pratique des opérations. Ce cours commencera le 14 novembre à 8 heures du soir, amphithéâtre n° 3, et il sera continué les lundis et vendredis suivants à la même heure. — Cours pratique tous les jours à sa clinique, 21, rue de l'Ancienne-Comédie, de 2 h. 1/2 à 3 h. 1/2.

Ophtalmologie. — 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. — Un cours pratique de chirurgie oculaire aura lieu le samedi, à 2 heures. Il commencera le 22 novembre 1890.

Maladies des yeux. — Clinique du Dr Edouard MEYER, 13, rue Saint-Guillaume (boulevard St-Germain, 200). — Consultations et policlinique tous les jours, à 1 h. Conférences cliniques et opérations les mercredis et samedis. — Cours particuliers par les Drs Caudron et Debierre, chefs de clinique.

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'ophtalmologie de la Salpétrière, service de M. Charcot, le mercredi à 9 heures.

Maladies des yeux. — Le Dr A. DEHENNE a repris ses Conférences de Clinique ophtalmologique, à sa Clinique, 24, rue Monsieur-le-Prince, le mardi 4 novembre, à 2 heures, et les continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure. Examen des malades, tous les jours, de 2 à 3 heures.

Clinique ophtalmologique du Dr DE WECKER, 55, rue du Cherche-Midi. — Cours cliniques par le Dr de Wecker, les lundi et jeudi, de 3 à 5 heures. Cours particuliers d'ophtalmoscopie, de réfraction et de chirurgie oculaire par le Dr Masselon, premier chef de clinique.

Maladies de la peau. — Clinique du Dr Henri FOURNIER, tous les mardis à 2 heures et vendredis à 10 heures du matin 24, rue de Lévis (Batignolles).

Maladies des voies urinaires.— M. le Dr J. A. FORT, 3, rue Christine. Consultations gratuites tous les jours de 1 h. à 3 h., et opérations d'électrolyse pour les rétrécissements de l'urèthre et de l'œsophage.

Maladies des voies urinaires. — Le Dr H. PICARD commencera son cours, à sa clinique, 67, rue St-Honoré, près les Halles, le lundi 11 novembre à 5 heures et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

Technique bactériologique et Microbiologie (Manipulations pratiques). — Ce cours (particulier) a lieu également d'une façon permanente, tous les jours, de 2 à 4 heures, dans le laboratoire du Dr Latteux, 5, rue du Pont-de-Lodi. Il comprend 20 à 25 leçons. Les élèves sont exercés individuellement à toutes les manipulations et à toutes les manœuvres usitées dans la recherche et l'étude des principaux microbes, dont ils font d'ailleurs une collection de préparations. Tous les instruments spéciaux de la bactériologie (microscopes, étuves, etc.) sont à leur disposition. On s'inscrit chez M. le Dr Latteux, 17, rue du Louvre, de 1 heure à 2.

Cours pratique de Chimie, de Microbiologie et de Microscopie. — M. LAFON, chimiste-expert, lauréat de l'Académie de médecine, ancien préparateur du professeur Brouardel, directeur du laboratoire de recherches appliquées à la médecine et à l'hygiène, fera, pendant l'année scolaire 1890-1891, un cours pratique permanent de Chimie, de Microbiologie et de Microscopie médicales, dans son laboratoire, 7, rue des Saints-Pères. Ce cours pratique, d'ordre essentiellement technique, est destiné à mettre MM. les Médecins en mesure d'exécuter les examens chimiques, microbiologiques et microscopiques les plus usuels, que l'on rencontre dans la pratique médicale. Les méthodes d'analyses et de recherches qui font l'objet de cet enseignement sont particulièrement adaptées aux besoins et aux usages de la clinique médicale. S'inscrire d'avance, tous les jours, de 3 à 4 h., au laboratoire, 7, rue des Saints-Pères.

Ophtalmologie. — M. le Dr Ch. ABADIE, fera son cours à sa clinique, 172, boulevard Saint-Germain, tous les mardis et vendredis à 2 heures. Les élèves seront exercés au maniement de l'ophtalmoscope et assistent aux opérations.

Histologie et Bactériologie. — M. LAFON, chimiste-expert, lauréat de l'Académie de médecine, ancien préparateur du prof. Brouardel, fera, pendant l'année scolaire 1889-1890, un cours pratique permanent de chimie, de bactériologie et microscopie médicales. S'inscrire à l'avance, de 3 à 4 heures, au laboratoire, 7, rue des Saints-Pères.

Cours pratique d'Histologie. — Le laboratoire des travaux pratiques d'histologie, sur la demande d'un grand nombre d'élèves, va organiser, dans le semestre d'hiver, des cours de technique particuliers, en dehors des travaux pratiques obligatoires. Ces cours sont destinés exclusivement aux élèves qui ont satisfait à l'obligation des travaux pratiques et qui sont désireux de devenir par eux-mêmes capables d'exécuter les principales manipulations de l'histologie normale. C'est la préparation obligatoire à l'anatomie pathologique et à la microbiologie. La durée des cours sera de un mois, à raison de quinze leçons et de douze élèves par série. Se faire inscrire à l'avance au laboratoire.

© ANM

COLLÈGE DE FRANCE.

Cours d'Anatomie générale. — M. Ranvier, professeur, fera son cours les mercredis et vendredis, à 5 heures. Il traitera : des membranes séreuses, du tissu conjonctif diffus et des ganglions lymphatiques. 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. Il est fait de plus par MM. les répétiteurs un cours particulier de technique histologique dont la durée est de deux mois. On s'inscrit au laboratoire 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 des applications médicales de l'électricité, les mercredis et vendredis, à 4 heures 1/2. Le Laboratoire de M. Brown-Séquard n'est pas public.

Laboratoire de Physique biologique. — M. d'Arsonval, directeur. Ce laboratoire n'est pas public.

Cours d'Histoire naturelle des corps organisés. — M. Marey, professeur. M. François Franck, suppléant, traitera de l'innervation du cœur. Introduction à une étude de physiologie pathologique et de toxicologie expérimentale.

Laboratoire de Physiologie pathologique (Ecole pratique des hautes études). — M. François Franck, directeur. Ce laboratoire est un laboratoire de recherches. Le directeur y fera des démonstrations de technique le mercredi après midi.

Cours d'Embryogénie comparée. — M. Balbiani, professeur. sera remplacé par M. Henneguy, qui traitera de la reproduction et du développement des insectes, les mercredis et samedis, à 1 h. 1/2,

Cours de Chimie organique. — M. Berthelot, professeur, fera son cours sur la théorie et l'analyse du gaz.

Cours de Chimie minérale. — M. Schützenberger, professeur, traitera les mercredis et samedis, à 1 heure 1/2, de l'analyse chimique et de diverses questions de chimie générale.

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, s'il y a lieu, les indications sus-énoncées (1).

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS.

Cours du premier Semestre.

Les cours de la Faculté ont été ouverts le lundi 3 n ovembre 180, la Sorbonne.

Géométrie supérieure : Les mercredis et vendredis, à 10 h. 1/2, M. G. Darboux, professeur, a ouvert ce cours le mercredi 5 novembre Il traiera des coordonnés curvilignes et des systèmes de surfaces orthogonales. — *Calcul différentiel et Calcul intégral* : Les lundis et jeudis, à 8 h. 1/2. M. Picard, professeur, a ouvert la première partie de ce cours le lundi 3 novembre Il exposera les principes généraux du Calcul intégral et a commencé l'étude des équations différentielles. — *Mécanique rationnelle* : Les mercredis et vendredis, à 8 h. 1/2. M. Appell, professeur, a ouvert la première partie de ce Cours le mercredi 5 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, a ouvert ce Cours le mardi 4 novembre. Il consacrera l'une des leçons de chaque semaine à l'étude des mouvements de rotation des corps célestes, et l'autre leçon à l'examen des divers sujets d'astronomie. — *Calcul des probabilités et Physique mathématique* : Les lundis et jeudis, à 10 h. 1/2. M. Poincaré, professeur, a ouvert ce cours le mardi 4 novembre, Il traitera dans le premier semestre, de l'électrostatique. Dans le second semestre, de l'élasticité. — *Mécanique physique et expérimentale* : Les mardis et samedis, à 8 h. 1/2. M. Boussinesq, professeur, a ouvert la première partie de ce Cours le mardi 4 novembre. Il exposera la Dynamique des fluides à frottements avec son application aux phénomènes d'écoulement bien continus (mouvements dans les tubes fins, filtration, transpiration, diffusion). Dans le second semestre, il étudiera les écoulements tumultueux et tourbillonnants dans les espaces à grandes sections. — *Physique* : Les mardis et samedis, à 1 h. 1/2. M. Bouty, professeur, a ouvert ce Cours le mardi 4 novembre. Il traitera de la Thermodynamique, de la Capillarité et de la propagation de la lumière. 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, a ouvert ce Cours le lundi 3 novembre. Il exposera les Lois générales de la Chimie et les principes de la Thermochimie; il fera 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 3 heures. M. Ditte, professeur, a ouvert ce Cours le mercredi 5 novembre. Il traitera des Métaux et de leurs combinaisons principales. — *Chimie biologique* : Ce Cours aura lieu à l'Institut Pasteur, rue Dutot, n° 25. Les mardis et jeudis, à 2 h. 1/2. M. Duclaux, professeur, fera l'étude, au point de vue de l'hygiène, des matières alimentaires (vin, bière, lait, viande, etc.).— *Zoologie, Anatomie, Physiologie comparée* : Les mardis et samedis, à 3 h. 1/2. M. de Lacaze-Duthiers, professeur, a ouvert ce Cours le mardi 5 novembre. Il traitera des Organes et des fonctions de relation. — *Physiologie* : Ce Cours aura lieu rue de l'Estrapade, n° 18 : Les lundis et vendredis à 3 h. 1/2. M. Dastre, professeur, a ouvert ce cours le lundi 3 novembre. Il traitera, au point de vue expérimental, des fonctions de nutrition et de la Contraction musculaire. Les expériences qui ne trouveront point place dans la leçon seront reproduites dans des conférences pratiques qui auront lieu chaque vendredi.

Professeurs adjoints : MM. Wolf, Chatin et Joly.

Cours Annexes.

Géographie physique : Les samedis, à 1 h. 1/2. M. Ch. Velain, maître de conférences, chargé du cours, ouvrira ce Cours le samedi 8 novembre. Après l'examen des grandes lignes du relief terrestre, des lois qui président à leur distribution et des causes qui les ont produites, les questions spécialement développées auront trait à l'étude détaillée des principales régions de dislocations du sol français. — *Chimie analytique* : Ce Cours aura lieu rue Michelet n° 3 : Les lundis à 3 heures. M. Riban, maître de conférences, chargé de Cours, a ouvert ce Cours le lundi 4 novembre. Il traitera de l'analyse quantitative et particulièrement du dosage des métaux et des méthodes électholytiques. — *Evolution des êtres organisés* (fondation de la ville de Paris) : Le jeudi, à 3 heures. M. Giard, chargé du Cours, a commencé ce Cours le jeudi 6 novembre. Il traitera des facteurs indirects de l'évolution (sélection naturelle, ségrégation, hérédité, etc.). Des conférences seront faites par le professeur, le samedi, à 10 h. 1/2.

Conférences.

Les conférences annuelles commenceront le lundi 10 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 lundis et vendredis, à 3 heures (salle du rez-de-chaussée, escalier n° 2). — M. P. Puiseux, maître de conférences, fera des conférences sur la mécanique et l'astronomie, les mercredis et samedis, à 3 heures (salle du rez-de-chaussée, escalier n° 2). — M. Koenigs, docteur ès sciences, fera des Conférence saux candidats à l'agrégation des sciences mathématiques (Amphithéâtre de mathématiques), les mercredis, à 1 h. 1/2, et les jeudis, à 1 h. 1/2. — *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, traitera de l'Acoustique et de l'Optique cristalline; ces conférences auront lieu les lundis, à 4 h. 1/4, et les jeudis, à 4 h., dans l'amphithéâtre de physique. Les conférences d'agrégation auront lieu les jeudis et les vendredis, à 8 h. 1/2, (laboratoire d'enseignement de physique). — M. Joly, professeur-adjoint, fera, les mardis et samedis, à 10 h. 1/2, des conférences sur des sujets indiqués par MM. les professeurs Troost et Ditte (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 de chimie organique. Il traitera des corps de la série aromatique. — M. Riban, maître de conférences, fera une conférence d'Analyse qualitative, le vendredi, à 11 heures, au laboratoire de la rue Michelet : les travaux ont lieu tous les jours de 9 heures à midi et de 1 heure à 5 heures. — 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. Jannettaaz, maître de conférences, fera des conférences sur la minéralogie, les mardis et samedis, à 8 heures 1/2, dans le laboratoire de minéralogie. — *Sciences naturelles* : M. J. Chatin, professeur adjoint, étudiera, les lundis et jeudis, à 10 heures, dans l'amphithéâtre d'histoire naturelle, les organes et fonctions de nutrition. — M. Pauvot, maître de conférences, fera, les vendredis, à 10 heures et les samedis, à 7 h. 1/2 (Amphithéâtre d'histoire natu-

(1) Voir aux Dernières Nouvelles.

© ANM

relle), des Conférences sur les sujets indiqués par M. le professeur de Lacaze-Duthiers. Il traitera des Vertébrés. — M. Vesque, maître de Conférences, fera, dans la salle des conférences, les lundis et jeudis, à 2 heures, des Conférences de Botanique. Il traitera de l'histoire des cryptogames, et, dans le semestre d'été, des caractères des principales familles phanérogames. — M. Velain, maître de conférences, fera, dans la salle des Conférences, les lundis et jeudis, à 8 heures 3/4, des conférences sur les caractères des roches et des fossiles et sur divers points de la Géologie.— Les travaux pratiques auront lieu les mardis, mercredis, vendredis et samedis, de 9 heures à 11 heures 1/2. — Le mercredi, à 1 heure 1/2, 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 ; Velain (Salle des Conférences), 8 h. 3/4 ; Mouton (Laborat. de Physique), 9 h. ; Riban (rue Michelet, 3), 9 h. ; Chatin (Amph. d'Hist. natur.), 10 h. ; Poincaré (Amph. de Mathémat.), 10 h. 1/2 ; Troost (rue Michelet, 3), 1 h. ; Vesque (Salle des Conférences), 2 heures ; Raffy (Lic. rez-de-chaussée, esc. n° 2), 3 h. ; Riban (rue Michelet), 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 ; Jannetaz (Laboratoire de Minéralogie), 8 h. 1/2 ; Tisserand (Amph. de Mathémat.), 10 h. 1/2 ; Joly (Lic., rez-de-ch., escalier n° 2), 10 h. 1/2 ; Bouty (Amph. de Physique), 1 heure 1/2 ; Duclaux (Institut Pasteur), 2 heures 1/2 ; de Lacaze-Duthiers (Amph. d'Hist. nat.), 3 h. 1/2 ; Salet (Salle des Conférences), 3 h. 1/2. — *Mercredi* : MM. Appell (Amph. d'Hist. nat.), 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. ; Velain (Amphit. d'Histoire naturelle), 1 heure 1/2 ; Kœnigs (agrég. amphithéâtre de Mathématique), 1 h. 1/2 ; Ditte (rue Michelet, 3), 3 h. ; Puiseux (Lic., rez-de-ch., esc. n° 2), 3 h. ; — *Jeudi* : MM. Pellat (Agr. Ann. Labor. de Phys.), 8 h. 1/2 ; Picard (Amph. d'Hist. natur), 8 h. 1/2 ; Velain (Salle des Conférences), 8 h. 3/4 ; Mouton (Laborat. de Physique), 9 h. ; Riban (rue Michelet, 3), 9 h. ; Chatin (Amph. d'Hist. nat.), 10 h. ; Poincaré (Amph. de Mathémat.), 10 h. 1/2 ; Troost (rue Michelet, 3), 1 h. ; Riban (rue Michelet, 3), 1 h. ; Kœnigs (Agrég. Amph. de Math.), 1 h. 1/2. ; Vesque (Salle des Conférences), 2 h. ; Duclaux (Institut Pasteur), 2 h. 1/2 ; Giard (Amphithéâtre d'Hist. naturelle, 3 h. ; Pellat (Lic., Amph. de Physique), 4 h. ; Joly (Agrég. Laboratoire) ; 5 h. — *Vendredi* : MM. Pellat (Agr. Labor. de Phys.), 8 h. 1/2 ; Appell (Amph. d'Hist. natur.), 8 h. 1/2 ; Mouton (Laborat. de Phys.), 9 h. ; Riban (rue Michelet, 3), 9 h. ; Pruvot (Amph. d'Hist. naturelle.) 10 h. ; Darboux (Amph. de Mathém.) 10 h. 1/2 ; Riban (rue Michelet, 3), 11 h. ; Ditte (rue Michelet, 3), 3 heures ; Raffy (rez-de-ch., escalier n° 2), 3 h. ; Dastre (rue de l'Estrapade, 18), 3 h. 1/2 ; — *Samedi* : MM. Boussinesq (Amph. d'Hist. nat.), 8 h. 1/2 ; Jannetaz (Laboratoire de minéralogie), 8 h. 1/2 ; Tisserand (Amph. de Mathémat.), 10 h. 1/2 ; Giard (Amph. d'Hist. naturelle), 10 h. 1/2 ; Joly (Lic., rez-de-ch., esc. n° 2), 10 h. 1/2 ; Bouty (Amph. de Physique), 1 h. 1/2 ; Velain (Amph. d'Hist. naturelle), 1 h. 1/2 ; Puiseux (r.-de-ch., esc. n° 2), 3 h. ; de Lacaze-Duthiers (Amph. d'histoire natur.), 3 h. 1/2 ; Salet (Salle des Conférences), 3 h. 1/2 ; Pruvot Amph. d'Hist. naturelle), 7 h. 1/2 S.

Seront professés pendant le second semestre.

Les cours d'Algèbre supérieure, par M. Hermitte ; — de calcul intégral, par M. Picard ; — d'astronomie physique (programme de la licence), par M. O. Bonnet ; — de mécanique, par M. Appell ; — de physique mathématique (électrodynamique), par M. Poincaré ; — de mécanique physique et expérimentale, par M. Boussinesq (il étudiera les écoulements tumultueux et tourbillonnants dans les espaces à grandes sections) ; — de physique (électricité), par M. Lippmann ; — de chimie organique (les composés de la série grasse), par M. Friedel ; — de minéralogie, par M. Hautefeuille : il traitera la cristallographie, il étudiera les principales espèces minérales ; — de zoologie, anatomie, physiologie comparée, par M. Delage ; il traitera des annelés et des mollusques ; — de botanique, par M. Bonnier (Etude des principaux groupes de végétaux) ; — de géologie, par M. N... ; — de physique céleste (cours annexe), par M. Wolf, professeur adjoint : instruments et méthodes de l'astronomie physique, constitution du soleil ; — de spectroscopie et de photochimie (cours annexe) par M. Salet, chargé de cours ; — d'analyse quantitative, par M. Riban, chargé de cours.

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 20 octobre 1890 ; l'autre dans les premiers jours de juillet 1891. 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 1890 ; la deuxième, du 1er au 31 juillet 1891. Les candidats sont tenus de s'inscrire au secrétariat de la Faculté. L'inscription est close huit jours avant l'ouverture de la session.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE.

Programme des cours pour l'Année classique 1890-1891.

Cours du premier semestre.

Cours de Chimie appliquée aux corps inorganiques. — M. Frémy, professeur. — Le professeur ouvrira son cours de Chimie expérimentale le 19 novembre 1890, et le continuera tous les jours, de midi à cinq heures.

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 fera l'histoire des travaux qui ont été publiés depuis 1836 sur la part que l'azote atmosphérique prend dans la nutrition végétale et sur les applications qui en dérivent ; puis il s'occupera des modes de culture les plus propres à porter le rendement de la betterave, des pommes de terre et des céréales à la limite la plus élevée. Ce cours aura lieu les Mardis et Samedis à trois heures et demie.

Cours de Botanique. (Organographie et physiologie végétale). — M. Ph. Van Tieghem, professeur. — Le professeur traitera de l'anatomie et de la physiologie des plantes. 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'organisation des Anthropodes et celle des Tuniciers. 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 Reptiles, particulièrement des Chéloniens, 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 de l'organisation, des mœurs et surtout des métamorphoses et de la classification des Insectes, des Arachnides et des Crustacés. Au début il consacrera quelques séances à faire ressortir par quels efforts s'est constituée la science. Dans la dernière partie du cours, il présentera des considérations touchant les applications de l'histoire naturelle à l'économie rurale. Les leçons auront lieu les Lundis, Mercredis et Vendredis, à une heure.

Cours de Zoologie : Annélides, mollusques et zoophytes. M. Edmond Perrier, professeur. — Le professeur exposera l'Histoire des Zoophytes et traitera plus particulièrement des Eponges et de la spongiculture. Ce cours aura lieu les Lundis et Jeudis à une heure.

Cours de Culture. — M. Maxime Cornu, professeur. — Le professeur traitera des plantes cultivées. Ce cours aura lieu les Mercredis et Vendredis, à neuf heures.

Cours de Pathologie comparée. — M. Chauveau, professeur. — Le professeur examinera les questions actuelles de Physiologie pathologique générale. Ce cours aura lieu les Mercredis et Vendredis, à deux heures.

Cours du second semestre.

Cours de Chimie appliquée aux corps organiques. — M. Arnaud, professeur. — Le professeur traitera des Principes immédiats *spécifiques* d'origine végétale comprenant les Alcaloïdes et les Glucosides. Cette étude sera précédée par celle des bases des séries pyridique et quinoléïque, envisagées surtout au point de vue théorique. Ce cours aura lieu les Lundis et Jeudis à cinq heures. Il sera complété par des conférences pratiques.

Cours de Physique appliquée à l'Histoire naturelle. — M. Ed. Becquerel, professeur. — Le professeur traitera de la Météorologie et de la Climatologie dans leurs rapports avec les phénomènes physiques, chimiques et naturels. Ce cours aura lieu les Lundis, Mercredis et Vendredis, à une heure.

Cours de Géologie. — M. Daubrée, professeur. — Le professeur traitera des faits fondamentaux de la Géologie et spécialement des phénomènes mécaniques dont l'écorce terrestre présente les effets. Il décrira aussi les méthodes propres à la reproduction artificielle des roches et des minéraux. 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

© ANM

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. Dehérain, professeur. — Le professeur s'occupera des plantes de grande culture de la région septentrionale : betteraves, pommes de terre, blé, avoine, lin, colza, maïs, fourrage ; prairies de graminées et de légumineuses. Discussion des assolements. Les méthodes analytiques employées dans les recherches de physiologie 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 une heure. 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 mammifères. 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 (affiches spéciales).

Cours de Physiologie générale. — M. Rouget, professeur. — Le professeur continuera l'étude des mouvements chez les êtres vivants. Les végétaux et les animaux.

Cours de Paléontologie. — M. A. Gaudry, professeur. — Le professeur fera l'histoire du monde organisé dans les temps tertiaires. Ce cours aura lieu les Mercredis et Vendredis, à trois heures et demie.

Cours d'Anthropologie. — M. de Quatrefages professeur. — Le professeur poursuivra l'examen des questions générales de l'Anthropologie. Ce cours aura lieu les Mardis, Jeudis et Samedis, à trois heures.

Cours de Dessin appliqué à l'histoire naturelle. — M. Frémiet, pour les *Animaux*. Ce cours, qui se fait pendant le second semestre, aura lieu les Lundis, Mercredis et Vendredis, à quatre 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.

Bibliothèque. — 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 1890-1891. — *Cours du premier Semestre.*

Directeur honoraire : M. Chatin.

Professeurs honoraires : MM. Berthelot et Chatin.

Zoologie : M. A. Milne-Edwards, professeur, mardi, jeudi et samedi, à midi 1/2. Zoologie. Anatomie et physiologie. Amphithéâtre du Sud. — *Histoire naturelle des médicaments :* M. Planchon, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 4 h. 1/2. 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 et samedi, à 2 h. 3/4. Propriétés générales des corps. Hydrostatique. Chaleur. Electricité. Amphithéâtre du Sud. — *Pharmacie galénique.* M. Bourgoin, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 9 h. Opérations pharmaceutiques. Médicaments internes et externes. Amphithéâtre du Sud. — *Botanique cryptogamique.* M. Marchand, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 10 h. Généralités. Cryptogames colorés par la Chlorophylle. Amphithéâtre du Nord. — *Chimie analytique* (Cours complémentaire) : M. Villiers, agrégé, lundi, mercredi et vendredi, à 10 h. Analyse qualitative et quantitative des matières minérales. Amphithéâtre du Nord.

Travaux pratiques. — La haute direction des travaux pratiques appartient à MM. les professeurs : Riche, pour la chimie générale. Jungfleisch, pour la chimie analytique, Guignard, pour la micrographie. M. Ouvrard, chef des travaux chimiques de 1re année. *Chimie.* M. Lextrait, chef des travaux chimiques de 2e année. *Chimie.* M. Radais, chef des travaux micrographiques de 3e année. *Micrographie.* Lundi, mercredi et vendredi, de 1 à 4 h. 1/2. 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.

Tableau des jours et heures des cours du 1er semestre. Lundis, MM. Planchon, 4 h. 1/2 ; Bourgoin, 9 h. ; Villiers, 10 h. — Mardis : MM. A. Milne-Edwards, midi 1/2 ; Riche, 4 h. 1/4. ; Leroux, 2 h. 3/4 ; Marchand, 10 h. — Mercredis : MM. Planchon, 4 h. 1/2 ; Bourgoin, 9 h. ; Villiers, 10 h. — Jeudis : MM. A. Milne-Edwards, midi 1/2 ; Riche, 4 h. 1/4 ; Leroux, 2 h. 3/4. Marchand, 10 h. — Vendredis : MM. Planchon, 4 h. 1/2 ; Bourgoin, 9 h. ; Villiers, 10 h. — Samedis : MM. A. Milne-Edwards, midi 1/2 ; Riche, 4 h. 1/4 ; Leroux, 2 h. 3/4 ; Marchand, 10 h.

Cours du second Semestre.

Chimie organique : M. Jungfleisch, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 4 h. 1/2. Première partie du cours. Généralités. Carbures d'hydrogène. Alcools. Ethers. Aldéhydes. (Amphithéâtre du Nord). — *Hydrologie et histoire des minéraux :* M. Bouchardat, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 9 h. Minéralogie. Amphithéâtre du Sud. — *Pharmacie chimique :* M. Prunier, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 9 h. Etude des composés minéraux usités en pharmacie. (Amphithéâtre du Sud). — *Toxicologie :* M. Moissan, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 3 h. 1/2. Toxicologie chimique. Cours complet. (Amphithéâtre du Nord). — *Botanique générale :* M. Guignard, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 10 h. Etude des familles végétales. (Amphithéâtre du Nord).

Travaux pratiques. — La haute direction des travaux pratiques appartient à MM. les professeurs Riche, pour la chimie générale. Jungfleisch, pour la chimie analytique. Leroux, pour la physique. Guignard, pour la micrographie. M. Ouvrard, chef des travaux chimiques, 1re année. *Chimie.* Lundi, mercredi et vendredi, de 1 h. à 4 h. 1/2, au Laboratoire. — M. Radais, chef des travaux micrographiques, 2e année. *Micrographie.* Lundi, mercredi et vendredi, de 1 h. à 4 h. 1/2, au Laboratoire. — M. Quesneville, chef des travaux de physique, 2e année. *Physique.* Jeudi et samedi, de 1 h. 1/2 à 4 h. 1/2, au Laboratoire. — M. Lextrait, chef des travaux chimiques, 3e année. *Chimie.* Lundi, mercredi et vendredi, de 1 h. à 4 h. 1/2, au Laboratoire. — 4e année. Les candidats au diplôme supérieur sont admis à participer à tous les travaux et exercices utiles à leurs études. — 1re, 2e et 3e années : *Herborisations*, par MM. les professeurs de botanique.

Tableau des jours et heures des cours du 2e semestre. Lundis : MM. Jungfleisch, 4 h. 1/2 ; Bouchardat, 9 h. — Mardis : MM. Prunier, 9 h. ; Moissan, 3 h. 1/2 ; Guignard, 10 h. ; — Mercredis : MM. Jungfleisch, 4 h. 1/4 ; Bouchardat, 9 h. — Jeudis : MM. Prunier, 9 h. ; Moissan, 3 h. 1/2 ; Guignard, 10 h. — Vendredis : MM. Jungfleisch, 4 h. 1/4 ; Bouchardat, 9 h. — Samedis : MM. Prunier, 9 h. ; Moissan, 3 h. 1/2 ; Guignard, 10 heures.

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 délivrées au Secrétariat de l'Ecole.

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, le certificat d'études institué par le décret du 30 juillet 1886 et obligatoire depuis le 1er novembre 1887.

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, et régularisée à chaque changement d'officine par l'élève.

L'élève stagiaire qui néglige pendant trois ans, pour une cause autre que celle du service militaire, de prendre des inscriptions, perd le bénéfice de l'inscription prise antérieurement et correspondant à une année de stage. — 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 1888.

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'é-

© ANM

tude ou de grammaire complété prévus par les décrets du 26 juillet 1885 et du 30 juillet 1886; 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. Elles sont délivrées, pendant la première quinzaine de chaque trimestre, 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 prendre leurs inscriptions par correspondance ni par mandataire.

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.

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 moins.

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, la micrographie 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 n'est admis à participer qu'aux manipulations de l'année qu'il n'a pas validée. — 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 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 mixte 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.

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 bibliothèque 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.

Bourses. — Le concours pour l'obtention des bourses de l'Etat de pharmacien de 1re classe s'ouvre ordinairement à l'Ecole, dans la dernière semaine du mois d'octobre. Les candidats doivent se faire inscrire à la Sorbonne, du 20 septembre au 15 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, et de 8 heures à 10 heures du soir.

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 6 heures en été, et et de 8 heures à 4 heures en hiver.

L'ouverture des Cours du 1er semestre a eu lieu le 3 novembre.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

L'*Académie des Sciences* tient des séances publiques, à l'Institut, quai de Conti, tous les lundis, à 3 heures. Elle se divise en deux grandes classes : celle des *Sciences mathématiques*, dont nous n'avons pas à nous occuper, qui comprend cinq sections ; celle 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. Marey, Charcot, Richet, Brown-Séquard, Bouchard et Verneuil.

M. Pasteur fait partie de la section de minéralogie. La section d'anatomie et zoologie est composée de MM. E. Blanchard, de Quatrefages, de Lacaze-Duthiers, Alph. Milne-Edwards, Sappey et Ranvier. Le président, cette année, est M. Duchartre. Parmi les académiciens libres, il y a M. le Dr Baron Larrey. — Le *Progrès Médical* publie régulièrement une analyse des communications faites à l'Institut, lorsqu'elles sont du domaine des sciences biologiques. L'Académie des Sciences publie un *compte rendu* de ses séances, qui paraît toutes les semaines.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

La *Société de Biologie* tient ses séances tous les samedis, à 4 h., rue de l'Ecole-de-Médecine (*Ecole pratique*). Cette Société réunit l'élite des différentes Ecoles scientifiques ayant trait aux Sciences Biologiques dans l'acception la plus large du mot. La Faculté de médecine y est représentée par un grand nombre de ses professeurs et de ses agrégés. Citons parmi les assidus: MM. Bouchard, Mathias-Duval, Straus, Ch. Richet, professeurs; MM. Troisier, Hanot, Netter, Retterer, Gley, Déjerine, R. Blanchard, Gilbert, etc. Le Collège de France est représenté aussi par MM. Brown-Séquard, président de la Société, Ranvier, Marey, François Franck, d'Arsonval, Malassez. La Sorbonne, par MM. Duclaux, Dastre, Bonnier, Giard, Regnard. L'Ecole de pharmacie, par MM. Grimaux, Guignard. Le Muséum, par MM. G. Pouchet, Beauregard, Kunkel d'Herculais. MM. Chauveau, Nocard apportent les travaux sortis des Ecoles vétérinaires. On voit que tous les grands corps enseignants délèguent à la Société leurs membres les plus actifs. Le programme d'études et de discussions est donc des plus riches ; il embrasse la physiologie expérimentale et pathologique, l'histologie, l'anatomie pathologique, l'étude des infiniments petits, la clinique, la chimie et la physique médicales. Les étudiants déjà avancés en médecine suivront avec le plus grand fruit les séances de cette Société pour y élargir le cadre de leurs idées générales en Biologie. Tous les deux ans, la *Société de Biologie* décerne le *prix Godard*, qui est de la valeur de 500 francs ; elle publie régulièrement un bulletin. Un compte rendu analytique de chaque séance paraît dans le *Progrès médical*. Secrétaire général, M. le docteur Dumontpallier ; — Président, M. Brown-Séquard.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'*Académie de Médecine* tient ses séances publiques, 49, rue des Saints-Pères, tous les mardis, de 3 h. à 5 h.— Elle se compose de cent 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

© ANM

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). Président pour 1891, M. Tarnier. — Secrétaire perpétuel : M. Bergeron.

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, réservée aux membres de la compagnie; elle est ouverte néanmoins à tous les travailleurs sérieux autorisés. Bibliothécaire : M. Dureau. — Chef des bureaux : M. Chancre.

Les vaccinations et les certificats de vaccine sont délivrés gratuitement tous les mardis, jeudis et samedis, à onze heures précises. On envoie en outre gratuitement du vaccin en plaques ou en tubes à tous les membres du corps médical qui en font la demande. Directeur du service : M. Hervieux. Il existe aussi, pour les analyses et les recherches, un laboratoire dirigé par M. N...

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 4 heures. Le *Progrès médical* fait le compte rendu de chaque séance de cette importante assemblée avec un soin tout particulier.

PRIX DE L'ACADÉMIE. — *Prix de l'Académie.* — 1,000 francs. — Annuel. — Question à poser par l'Académie.

Prix Alvarendja de Piauhy (Brésil). — 863 francs de rente 3 0/0. — Annuel. — Ce prix sera décerné au meilleur travail ou mémoire inédit sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Amussat. — 416 francs de rente 3 0/0. — Bisannuel. — Au mémoire qui aura réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

Prix d'Argenteuil. — 4,132 francs de rente 3 0/0. — 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 francs de rente 3 0/0. — Annuel. — Au meilleur mémoire sur les maladies 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 francs de rente 3 0/0. — 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 n'est pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés ; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. Le prix ne sera pas partagé ; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'est jugé digne du prix, la somme de 1,500 francs sera reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3,000 fr. devra être partagée en deux prix de 1,500 francs chacun.

Prix Capuron. — 1,000 francs de rente 3 0/0. — Annuel. — Question à poser sur un sujet d'obstétrique ou sur les eaux minérales.

Prix Civrieux. — 833 francs de rente 3 0/0. — Annuel. — Question à poser sur le traitement et la guérison des maladies provenant de la surexcitation de la sensibilité nerveuse.

Prix Daudet. — 1,000 francs de rente 3 0/0. — Annuel. — Question à poser sur les maladies reconnues incurables jusqu'à ce jour, et plus spécialement sur les tumeurs.

Prix Desportes. — 1,307 francs de rente 3 0/0. — Ce prix sera décerné tous les ans à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale et pratique.

Prix Falret. — 470 francs de rente 4 1/2 0/0. — Bisannuel. — Question à poser sur les maladies mentales et nerveuses.

Prix Gerdy. — 5,500 francs de rente 3 0/0. — Le legs Vulfranc Gerdy est destiné à entretenir près des principales stations minérales de la France et de l'étranger des élèves en médecine, nommés à la suite d'un concours ouvert devant l'Académie de médecine. (Voir le règlement du concours.)

Prix Ernest Godard. — 1,000 francs de rente 3 0/0. — Annuel. — Ce prix sera décerné alternativement aux meilleurs travaux sur la pathologie interne et sur la pathologie externe.

Prix Herpin (de Metz). — 320 francs de rente 3 0/0. — Quadriennal. — Question à poser sur les meilleures méthodes de traitement abortif d'une maladie interne ou externe, soit à son début, soit dans la période d'incubation. A défaut de concurrents spéciaux, l'Académie pourra employer tout ou partie de ce prix à récompenser ou à provoquer des travaux sur les effets thérapeutiques comparés de plusieurs sources d'eaux minérales naturelles qui sont aujourd'hui employées contre des maladies semblables ou analogues entre elles.

Prix Huguier. — 1,000 francs de rente 3 0/0. — Ce prix, qui est triennal, sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit, ou imprimé en France, *sur les maladies des femmes, et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections* (non compris les accouchements). Il n'est pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés ; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. Ce prix ne sera pas partagé.

Prix Hugo. — 200 francs de rente 3 p. 100. — Tous les cinq ans. — A l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur un point de l'histoire des sciences médicales. (Mme Woillez a l'usufruit de cette rente.)

Prix Itard. — 799 francs de rente 3 p. 100. — 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 Jacquemier. — 20,000 francs à convertir en rente 3 p. 100. — Le revenu de cette somme sera consacré à la fondation d'un prix triennal sur un sujet d'obstétrique. Les travaux destinés au concours devront avoir au moins six mois de publication. (Mme Jacquemier a l'usufruit.)

Prix Laborie. — 5,098 francs de rente 3 p. 100. — Ce prix sera décerné chaque année à l'auteur qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie.

Prix Lefèvre. — 600 francs de rente 3 p. 100. — Triennal. — Sur la mélancolie.

Prix Laval. — 1,083 francs de rente 3 p. — 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 Louis. — 1,000 francs de rente 3 p. 100. — Triennal. — Question à poser sur l'action des agents thérapeutiques journellement employés.

Prix Mège. — 300 francs de rente 3. p. 100. — Ce prix sera décerné tous les trois ans à l'auteur du meilleur ouvrage sur un sujet de physiologie expérimentale, d'anatomie pathologique et ensuite à la volonté de l'Académie.

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2,613 fr. de rente 3 p. 100. — Annuel. — Ce prix sera décerné alternativement au meilleur ouvpage sur les maladies des yeux et des oreilles.

Prix Monbinne. — 1,500 francs de rente 3 p. 100. — M. Auguste Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1,500 francs, destinée « à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire. « Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins. »

Prix Anna Morin. — 12,000 francs. — Cette somme est destinée à l'achat d'un titre de rente 3 p. 100 sur l'État français, et les revenus devront être consacrés à la fondation d'un prix quinquennal, qui sera décerné à un médecin âgé de moins de trente ans, ayant produit le meilleur travail pour la guérison de l'angine couenneuse. (L'usufruit de cette somme appartient à la famille Morin.)

Prix Orfila. — 1,000 francs de rente 3 p. 100. — Bisannuel. — Question à poser sur la toxicologie et la médecine légale.

Prix Oulmont. — 1,000 francs de rente 3 p. 100. — Ce prix

© ANM

sera donné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'Internat.

Prix Perron. — 771 francs de rente 3 p. 100. — Ce prix, qui est quinquennal, sera décerné à l'auteur du mémoire le plus utile aux progrès de la médecine. Il pourra être partagé.

Prix Portal. — 600 francs de rente 3 p. 100. — Annuel. — Question à poser sur l'anatomie pathologique.

Prix Pourat. — 900 francs de rente, 4 1/2 p. 100. — Annuel. — Question de physiologie à poser par l'Académie.

Prix Tremblay. — 1442 francs de rente 3 p. 100. — Ce prix doit être décerné tous les cinq ans à l'auteur du meilleur mémoire traitant des maladies des voies urinaires, telles que catarrhe de la vessie, affection de la prostate, plus particulièrement ces deux cas.

Prix Stanski. — 900 francs de rente 4 1/2. — Ce prix, qui est bisannuel, sera décerné à celui qui aura démontré le mieux l'existence ou la non-existence de la contagion miasmatique, par infection ou par contagion à distance. Si l'Académie de Médecine ne trouvait pas un travail sous ce rapport digne de cette récompense, elle l'accordera à celui qui, dans le courant des deux années précédentes, aura le mieux éclairé une question quelconque relative à la contagion dans les maladies incontestablement contagieuses, c'est-à-dire inoculables. (Extrait du testament.)

Prix Vernois. — 724 francs de rente 3 p. 100. — Ce prix, qui est unique et annuel, sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

PRIX UNE FOIS DONNÉS. — *Legs Demarquay.* — 100,000 francs. — Pour aider l'Académie à avoir un local digne d'elle.

Prix Saint-Lager. — 1,500 francs. — Extrait de la lettre du fondateur : Je propose à l'Académie de Médecine une somme de 1,500 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration, aux animaux, de substances extraites des eaux ou des terrains à endémies goitreuses. » Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la commission académique.

Prix Alfaro. — « J'offre à l'Académie la somme de 2,000 francs pour la fondation d'un prix à accorder au meilleur mémoire sur la question suivante : « Rechercher par quels moyens on pourrait, dans les asiles publics et privés destinés aux maladies mentales, faire une plus large part au traitement moral et augmenter les moyens d'action. « Indiquer surtout les inconvénients d'un isolement rigoureux dans les affections mélancoliques, s'appuyer sur des faits assez nombreux et bien constatés par la science. »

Prix Saint-Paul. — M. et Mme Victor Saint-Paul ont offert à l'Académie une somme de 25,000 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme qui serait décerné à la personne, sans distinction de nationalité ni de profession, qui aurait, la première, trouvé un remède reconnu par l'Académie comme efficace et souverain contre la *diphtérie*. Jusqu'à la découverte de ce remède, les arrérages de la rente à provenir de cette donation seront consacrés à un prix d'encouragement qui sera décerné, tous les deux ans, par l'Académie aux personnes dont les travaux et les recherches sur la diphtérie lui auront paru mériter cette récompense.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Cette *Société*, l'une des plus anciennes 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. Les étudiants qui en liront les comptes rendus y trouveront de nombreux éléments pour leur thèse de doctorat ; les comptes rendus des séances sont publiés dans un *Bulletin spécial*. Président, M. Cornil.

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. Elle se déclare en vacances pendant les mois d'août et de septembre. La plupart de ses membres titulaires appartiennent au corps chirurgical des hôpitaux civils et militaires de Paris. Les membres correspondants nationaux sont des célébrités chirurgicales de la province et ont la direction des services chirurgicaux dans les hôpitaux de nos grandes villes. — Président pour 1890, M. Nicaise ; vice-président, M. Terrier ; secrétaires des séances, MM. Marchand et Kirmisson ; secrétaire général, M. Monod.

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 titulaires 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*. Le *Progrès Médical* publie très régulièrement le compte-rendu détaillé des séances de cette Société, une des plus importantes de Paris, la seule Société purement chirurgicale de France, en dehors du *Congrès français de Chirurgie*, qui se réunit tous les 18 mois à Paris, et dont la prochaine session aura lieu en 1891 (Vacances de Pâques).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

La *Société médicale des Hôpitaux* se réunit tous les vendredis, dans la salle des séances de la Société de chirurgie, rue de l'Abbaye, 3, à 4 heures ; ces séances sont publiques. 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 encore à l'étude. C'est ce qui arrive principalement lorsque une question générale est mise à l'ordre du jour ; plusieurs membres de la société traitent alors le sujet en détail et leurs mémoires sont discutés publiquement. Les comptes rendus des séances sont publiés régulièrement dans le *Progrès médical*. — Président pour l'année 1890, M. Dumontpallier ; vice-président, M. Labbé ; secrétaire général, M. Rendu ; secrétaires des séances, MM. Comby et Letulle ; trésorier, M. 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 Serpente (Hôtel des Sociétés Savantes), 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), Vienne (1887), Paris (1889). 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 en 1886, avec le concours du Conseil municipal de la ville de Paris une intéressante exposition d'hygiène urbaine à la caserne Lobau. Elle aussi pris l'initiative du Congrès international d'Hygiène qui s'est tenu à la Faculté de médecine de Paris, du 4 au 11 août 1889.

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). Le *Progrès* publie le compte rendu des séances de cette Société.

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 les Expositions universelles de 1878 et de 1889, un *Congrès international de médecine légale*, dans lequel ont été traitées d'importantes questions, et dont les travaux seront 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 numéro qui la précède.

© ANM

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES.

Fondée au lendemain de la guerre par un groupe de savants et d'amis de la science, l'*Association française* a vu sa prospérité s'accroître d'année en année. Le but des promoteurs de cette Société, parmi lesquels on pouvait compter Combes, Delaunay, Claude Bernard, Broca, Wurtz, Dumas, pour ne citer que les morts, était de contribuer, par la diffusion des sciences, au relèvement moral du pays, accablé par des désastres immérités. Aider à leur progrès tant au point de vue de la théorie pure qu'au point de vue des applications pratiques, favoriser leur développement par des réunions scientifiques, des conférences, des dons en instruments et en argent, venir en aide aux savants dans leurs recherches, tel était le programme des fondateurs ; tel a été le but poursuivi jusqu'à ce jour. Le petit noyau des adhérents s'est vite augmenté ; en seize années leur chiffre est monté à cinq mille. Le capital s'élève aujourd'hui à environ 800,000 francs. Chaque année des subventions importantes sont accordées aux travailleurs (17 mille francs pour l'année 1889). Le total des dons distribués à ce jour s'élève à près de 200.000 francs. Dans le courant de 1887, l'Association scientifique, fondée par Leverrier, a fusionné avec sa sœur cadette, l'Association française pour ne former qu'une seule et même société, n'ayant qu'une même pensée si bien exprimée par sa devise : « Par la Science, Pour la Patrie. »

L'Association tient chaque année un Congrès dans une des grandes villes de France ; au début c'était Bordeaux qui offrait à la jeune Société l'hospitalité la plus brillante, puis Lyon, Lille, Nantes, Clermont-Ferrand, le Havre, etc. L'exposition de 1878 fut une occasion toute naturelle de se réunir à Paris ; il en a été de même l'année dernière, et le Congrès de 1889 a réuni un nombre exceptionnel de savants étrangers et de membres de l'association. Le Congrès de 1890 a eu lieu à Limoges, et celui de 1891 aura lieu à Marseille. En dehors de ces congrès, où toutes les questions scientifiques peuvent être discutées dans les 17 sections entre lesquelles se divisent les travailleurs, l'Association cherche à faire connaître les progrès des sciences et de leurs applications dans des séries de conférences, les unes faites pendant la durée des Congrès, les autres pendant l'hiver au siège social. Rappelons quelques titres des conférences faites en 1889 : Les phénomènes optiques de l'atmosphère ; par M. le Pr Cornu ; Science et Patrie, par M. G. Tissandier ; l'Acier, par M. Lodin ; Les tendances de la chirurgie moderne, par M. G. Richelot, etc. Des cartes d'entrée sont distribuées à tous les membres de l'Association qui veulent les retirer au secrétariat ; un certain nombre de cartes gratuites est mis chaque année à la disposition des étudiants des diverses Facultés par l'intermédiaire de l'Association des Etudiants.

La cotisation annuelle est de 20 fr. par an ; cette cotisation peut être rachetée moyennant une somme de 200 fr. Les comptes-rendus de l'Association sont publiés après chaque Congrès et forment annuellement deux beaux volumes in-8 de 1000 pages. Chaque Congrès est analysé dans le *Progrès médical*, pour ce qui concerne les science médicales. Le Jury des récompenses de l'Exposition universelle de 1889 a décerné un grand Prix à l'Association.

Le bureau de l'Association pour l'année 1890-91 se trouve ainsi composé : *Président* : M. Dehérain (de l'Institut) ; — *Vice-Président* : M. Ed. Collignon ; — *Secrétaire* : M. Sirodot, professeur de Faculté ; — *Vice-Secrétaire* : M. Crova, professeur de Faculté ; — *Trésorier* : M. Galante. — *Secrétaire du Conseil* : M. le professeur Gariel ; — *Secrétaire-adjoint du Conseil* : M. le Dr Cartaz.

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*, etc., dont le siège est au n° 44 de la rue de Rennes, qui 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, Hôtel des Sociétés savantes ; — la *Société de médecine clinique* ; — la *Société obstétricale et gynécologie de Paris*, séance le dernier vendredi du mois ; — la *Société de médecine pratique de Paris*, fondée en 1808, séances le 1er et le 3e jeudi de chaque mois, à 3 h. 1/2, palais des Sociétés savantes, 26, rue Serpente ; — (Voir aussi *Enseignement de l'Anthropologie*). 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 2e et le 4e mercredi de chaque mois. Le *Progrès* publie un compte rendu analytique des séances de cette Société. — Il existe encore d'autres *Sociétés médicales*, entre autres les *Sociétés d'Arrondissement*, qui n'ont qu'un intérêt secondaire pour les étudiants.

ENSEIGNEMENT DE L'ANTHROPOLOGIE.

I. *Ecole d'Anthropologie de Paris*. — Au siège de la Société d'Anthropologie, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine. — Ouverture des cours le lundi 4 novembre à 4 heures.

Anthropogénie et Embryologie comparée. — Professeur : Mathias Duval, les lundis à 5 heures, à partir du 12 janvier 1891. Programme : Evolution ontogénique et phylogénique des organes des sens.

Anthropologie préhistorique. — Professeur : G. de Mortillet, les lundis à 4 heures, à partir du 4 novembre 1891. Programme : Les Origines de l'agriculture.

Anthropologie zoologique. — Professeurs : M. Georges Hervé, les mardis à 5 heures, à partir du 5 novembre. Programme : Histoire naturelle générale de l'Homme et des races humaines.

Anthropologie physiologique. — Professeur : M. L. Manouvrier, les vendredis à 5 heures, à partir du 8 novembre. Programme : L'Anatomie humaine dans ses rapports avec la Psychologie (suite). Etude critique des doctrines et des travaux récents sur les criminels.

Géographie médicale. — Professeur : M. A. Bordier, les vendredis à 4 heures. Programme : L'Acclimatation (suite). Rôle du milieu intérieur dans les phénomènes d'acclimation.

Sociologie. — Professeur : M. C. Letourneau, les samedis à 4 heures, à partir du 15 novembre. Programme : (Histoire des civilisations). L'évolution mythologique dans les diverses races humaines.

Ethnographie et Linguistique. — Professeur : M. A. Lefèvre, les mardis à partir du 11 novembre, à 4 heures. Programme : L'évolution linguistitique ; Origines du langage articulé. — Formation des familles de langues.

Cours supplémentaires. — *Ethnographie comparée*. — Industrie des populations préhistoriques et des peuples sauvages modernes : Outils, Armes, Bijoux.

Anthropologie histologique. — Histologie de la peau, de ses annexes et des organes des sens.

Les cours sont publics.

La *Bibliothèque* et le *Musée d'Anthropologie* (Musée Broca) sont ouverts aux auditeurs des cours, munis de cartes, les lundis, mercredis et vendredis, de 2 heures à 4 heures.

II. *Société d'Anthropologie*. — Cette Société tient ses séances, qui sont publiques, le 1er et 3me jeudi de chaque mois, à 3 heures, au 3me étage du bâtiment du musée Dupuytren. 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. Elle possède une bibliothèque ouverte au public les lundis, mercredis et vendredis, de 1 heure à 5 heures. Président pour 1889 : Pr *Mathias Duval*. — Secrétaire général : Dr *Letourneau*. — Secrétaires : *de Mortillet* et *Mahoudeau*. — Le *Progrès médical* donne le compte rendu des séances et l'analyse des questions qui touchent plus particulièrement à la médecine.

Musée Broca. — Ce musée est situé au 3me étage du bâtiment du Musée Dupuytren. Il appartient à la Société d'Anthropologie dont il renferme les collections ainsi que les nombreuses pièces anatomiques provenant du Laboratoire d'Anthropologie. Il possède environ 8.000 crânes et 200 squelettes humains, une importante collection de moulages de cerveaux, divers objets d'ethnographie et une grande quantité d'ossements et d'instruments préhistoriques. Il est ouvert aux étudiants et aux docteurs sur la présentation de leur carte les lundis, mercredis et vendredis, de 2 heures à 4 heures. Conservateur : *M. Chudzinski*.

III. *Laboratoire d'Anthropologie*. — Ce laboratoire, fondé par Paul Broca, fait partie de l'École pratique des Hautes-Études. Il occupe le 3me étage du bâtiment du musée Dupuytren. Il est installé spécialement en vue des recherches d'anatomie anthropologique ; on y dissèque de préférence les sujets de races exotiques et ceux qui présentent des anomalies ou des particularités quelconques intéressantes aux points de vue de l'anatomie comparée et de la tératologie. On y dissèque également les suppliciés, les idiots microcéphales et aussi les cadavres provenant de la Société mutuelle d'Autopsie. Outre la salle des dissections, le laboratoire comprend une salle destinée aux recherches histologiques, une salle de cérébrologie, de craniologie et d'anthropométrie, une salle des moulages, un cabinet de photographie et une bibliothèque. Le Laboratoire d'Anthropologie est ouvert gratuitement aux docteurs français et étrangers ainsi qu'aux étudiants qui désirent

© ANM

y faire des recherches anatomiques pour la préparation des thèses de doctorat en médecine ou ès sciences naturelles. Des conférences techniques y sont faites aux personnes qui veulent s'initier aux recherches anthropologiques, et le personnel se met également à la disposition des investigateurs qui ont besoin de renseignements. Enfin, des instructions sont données aux voyageurs et missionnaires scientifiques. — Directeur: Prof. *Mathias Duval.* — Adjoint : *Dr Topinard.* — Préparateurs : *Th. Chudzinski* et *Dr L. Manouvrier.*

Association générale des Etudiants de Paris

(Fondée en 1884).

41 *et* 43, *rue des Ecoles,* 41 *et* 43.

L'*Association générale des Etudiants de Paris* s'est donnée pour but d'établir entre les élèves des Facultés et Ecoles supérieures de Paris des liens d'amitié et de solidarité. Son *siège social,* ouvert tous les jours de 8 heures du matin à minuit, comprend : 41, rue des Ecoles, 1er étage, salles d'armes et d'hydrothérapie; 2e étage, bibliothèques des sciences et de médecine (dictionnaires Jaccoud et Dechambre; anatomies de Sappey, Testut, Gegenbauer, Richet, Tillaux; ouvrages d'Armand Gautier, Gariel, Baillon, R. Blanchard, Charcot, Cornil, Bouchard, Dujardin-Beaumetz, etc.), bureau de l'administration; 3e étage, bibliothèques de lettres, droit, histoire et géographie; 4e étage, salles de conférences, bureau du Comité, 43, rue des Ecoles, 3 salons de lecture, fumoir, cabinet du bibliothécaire, réserve des bibliothèque. 8.000 volumes, 42 journaux quotidiens, 83 revues, dont 35 de médecine. Echantillons d'ostéologie, de myologie, d'entomoiogie, microscope, droguier, herbier à la disposition des membres. Conférences pour le concours de l'internat et de l'externat, conférences pratiques d'accouchement par les Drs A. Boissard et H. Lepage, ancien interne des hôpitaux (ouverture le 10 novembre, à 5 h. soir). L'association assure en outre à ses membres un grand nombre d'*avantages matériels* (réductions de moitie à l'Odéon et dans beaucoup d'autres théâtres. Gymnastique, équitation, danse, canotage). Elle publie un *bulletin mensuel « l'Université de Paris »*, distribué gratuitement à ses seuls membres. A partir du 1er novembre, elle distribuera de même *les Fêtes de l'Université de Paris en* 1889, in-8° de 72 pages environ, orné de 9 gravures, en souvenir de l'hospitalité qu'elle a offerte l'an dernier pendant une semaine entière aux délégués de toutes lee Universités du monde. L'Association compte 3.521 *membres actifs inscrits*, 547 *membres honoraires* (35 professeurs à la Faculté de médecine et un grand nombre de médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux). Son *budget* annuel est de 30.000 francs, ses capitaux placés en valeur atteignent 35.000 francs. L'*administration* appartient exclusinement à un *Comité* d'étudiants français et majeurs nommés par les étudiants des différentes Ecoles (5 délégués pour la médecine, 3 internes, 2 externes des hôpitaux). La *section de médecine* a un budget particulier. Elle dirige un *service de remplacements*. Pour faire partie de l'Association comme membre actif il faut présenter sa carte d'étudiant, signer une adhésion contresignée par deux étudiants, et verser une cotisatien annuelle de 10 francs, payable en 3 versements.

L'Association fait partie du programme nécessaire de l'étudiant qui vient se faire inscrire à l'Ecole de médecine. Elle fournit de bons instruments de travail, diminue les frais des étudiants qui ont des ressources modestes, facilite les amitiés par un contact quotidien et protège les nouveaux venus à Paris contre cet isolement des premiers jours, si décourageant pour le travail et souvent de si mauvais conseil.

Association des Etudiants des Ecoles et Facultés de province.

Un grand nombre d'Universités de province ont suivi l'exemple de Paris et ont fondé dans leur ville respective des associations organisées sur un plan analogue. C'est le cas pour Montpellier, Lyon, Lille, Nantes, etc.

HOTEL DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Sociétés ayant leur siège à l'Hôtel des Sociétés Savantes : 28, rue Serpente et rue Danton.

Association française pour l'avancement des Sciences : Bureaux et Secrétariat. Président, M. Dehérain. Secrétaire du Conseil, M. Gariel (C.-M.).

Société Entomologique de France.— Secrétariat, Biblio hèque. Séances les 2e et 4e mercredis de 8 à 10 heures du soir. Président, M. P. Mabille. Bibliothécaire, M. Léveillé.

Société de Médecine Pratique. — Secrétariat. Séances tous les jeudis de 4 à 6 heures, sauf le 4e jeudi de chaque mois où la séance a lieu à 8 heures du soir. — Président, M. le Dr Polaillon; Secrétaire général, M. le Dr Gillet de Grandmont.

Société de Médecine vétérinaire pratique : Séances le 2e mercredi du mois de 3 à 6 heures. Secrétaire général, M. Rossignol.

Société Obstétricale et Gynécologique : Séances le 2e jeudi du mois de 4 à 6 heures. Président, M. le Dr Moutard-Martin. Secrétaire général, Dr Porak.

Société de Stomatologie : Séances le 3e lundi du mois de 8 à 10 h. du soir. Trésorier, Dr Magitot. Secrét. génér., Dr Galippe.

Société Médico-Pratique : Séances les 2e et 4e lundis de 4 à 6 heures. Président: M. le Dr Michel-Dansac. Secrétaire général, Dr Cyr.

Société de Thérapeutique : Séances les 2e et 4e mercredis de 4 à 6 heures. Secrétaire général, Dr Constantin Paul.

Société d'Ophtalmologie de Paris : Séances le 1er mardi du mois de 8 h. 1/2 à 10 1/2 du soir. Président : Dr Parinaud. Secrétaire général, Dr Gorecki.

Société de Médecine publique et d'Hygiène professionnelle : Secrétariat. Séances le 4e mercredi du mois de 8 à 10 h. du soir. Président: Dr Lagneau. Secrétaire général, Dr Napias.

Société d'Otologie et de Laryngologie : Congrès (date à fixer), le dernier a eu lieu les 10 et 11 mai 1889. Secrétaire: M. le Dr Joal.

Société française d'Ophtalmologie : Congrès (date à fixer), le dernier a eu lieu le 8, 9, 10, 12 et 13 août 1889. Secrétaire du Comité : Dr Parent.

Société Astronomique de France : Séances le 1er mercredi du mois de 8 à 10 heures du soir. Président : M. Faye.

Association Polytechnique : Secrétariat. Séances le 1er jeudi du mois à 8 h. 1/2 du soir. Président : M. Alphand. Secrétaire général, M. Delmas.

Société de Psychologie physiologique : Séances le dernier lundi de chaque mois à 8 h. 1/2 du soir. Trésorier, M. Ferrari.

Union des Syndicats de Seine-et-Oise : Président, Dr Leroy. Secrétaire, Dr Hourlier.

Société de Prévoyance et Chambre syndicale des Pharmaciens du Département de la Seine : Séances le 2e mardi du mois de 1 h. 1/2 à 4 heures. Président : M. Comar F.

Association générale des Pharmaciens de France : Secrétaire général, M. Crinon C. — Président, M. le Dr Petit.

ÉCOLE DU VAL-DE-GRACE.

École d'application de Médecine et de Pharmacie militaires.

Année 1890-1891.

Directeur : M. le médecin inspecteur Weber. — Sous-Directeur M. Badour, médecin-chef de l'hôpital militaire.

MÉDECINS STAGIAIRES.

Cliniques.

Clinique médicale : M MM. Kelsch et Laveran, 1 fois par semaine, successivement. — *Clinique chirurgicale.* : M. Delorme, une fois par semaine, successivement. — *Clinique ophtalmologique* : M. Nimier, 1 fois par semaine. — *Cliniques des maladies vénériennes et cutanées*: MM. Nimier et Vautrin, professeurs agrégés.

Cours.

Épidémiologie : M. Kelsch, professeur.— *Médecine opératoire* : M. Robert, professeur. — *Hygiène* : M. Laveran, professeur. — *Médecine légale et législation militaire* : M. du Cazal, professeur. — *Blessures par armes de guerre* : M. Delorme, professeur, — *Chimie appliquée aux expertises dans l'armée* : M. Burcker, professeur. — *Anatomie* : M. Vautrin, professeur agrégé.

Conférences et exercices pratiques.

Conférences d'hygiène : M. Burlureaux, professeur agrégé. — *Petite chirurgie, bandages et appareils, conférences de blessures de guerre, manœuvres d'ambulance, exercices de diagnostic chirurgical* : M. Moty, professeur agrégé. — *Conférences d'épidémiologie* : M. Antony, professeur agrégé. — *Bactériologie* : M. Vaillard, professeur agrégé. — *Travaux anatomiques* : M. Vautrin, profes-

page 366 sur 537

© ANM

seur agrégé. — *Exercices de médecine opératoire, exercices d'ophthalmoscopie* : M. Nimier, professeur agrégé. — *Conférences de médecine légale et législation militaire, exercices de diagnostic médical* : M. Duponchel, professeur agrégé. — *Manipulations chimiques* : M. Gessard, professeur agrégé.

PHARMACIENS STAGIAIRES.

Cours et conférences.

Chimie appliquée aux expertises dans l'armée et toxicologie : M. Burcker, professeur. — *Pharmacie militaire et comptabilité* : M. Gessard, professeur agrégé. — *Hygiène* : M. Laveran, professeur. — *Législation et administration militaires* : M. Du Cazal, professeur. — *Analyse chimique* : M. Gessard, professeur agrégé. — *Bactériologie* : M. Vaillard, professeur agrégé. — Médecin-major adjoint à la direction : M. Forgemol. — Médecins-majors, aides-majors et surveillants de l'Ecole : MM. Ferraton, Belliard et Maubrac.

ÉCOLES DENTAIRES DE PARIS

I. Ecole dentaire de Paris.

Cette institution est la première École d'art dentaire fondée en France (1880). Elle se compose d'une Ecole dentaire pour les élèves et d'une clinique gratuite. Soutenue par l'Association générale des dentistes de France, elle a eu pour présidents de ses séances d'inauguration, MM. U. Trélat, Verneuil, P. Bert, Brouardel, Hérard, Pinard, Mesureur, Bourneville, Ollendorf, H. Brisson qui la patronnent. La Ville de Paris lui accorde une subvention annuelle et les Ministres de l'Instruction publique et du Commerce lui accordent des prix.

Les cours commencent en novembre. Le programme comprend : *a*) Un enseignement théorique ainsi divisé : — 1° 1re année, physique et sciences naturelles ; — 2e année, sciences biologiques ; — 3e année, sciences spéciales. — 2° Un enseignement pratique ainsi divisé : 1° chirurgie dentaire ; — 2° prothèse dentaire.

Les cours théoriques ont lieu le soir de 8 à 10 heures (anatomie, physiologie, histoire naturelle et micrographie), Dr Marié ; (mécanique appliquée), M. Serres ; (chimie), M. Grimbert ; (physique et métallurgie), Dr Faucher ; (dissection et anesthésie), M. Isch-Wall ; (thérapeutique et matière médicale), Dr Aubeau ; (pathologie générale et maladies de la bouche), Dr Thomas ; (anatomie et physiologie dentaires), M. Blocman ; (thérapeutique spéciale), M. Poinsot ; (prothèse et mécanique dentaires), M. Gillard ; (pathologie spéciale), M. Dubois ; (jurisprudence et déontologie professionnelles), M. Godon.

Les cours pratiques ont lieu pour la chirurgie dentaire, le matin, à la Clinique, sous la direction des professeurs de clinique, MM. Poinsot, Blocman, Godon, Gillard et Papot, des professeurs de dentisterie opératoire, MM. Bonnet, Richard Chauvin, Heidé et Lemerle, assistés de chefs de clinique et de démonstrateurs. Le cours pratique de prothèse a lieu au laboratoire de l'Ecole, de 3 à 6 heures, sous la direction du chef de laboratoire, M. Gravollet.

Les études durent trois ans, après lesquelles l'institution décerne un diplôme, dit diplôme de l'Ecole dentaire de Paris. Pour suivre les cours, il faut être âgé de 17 ans au moins ; les étrangers et les dames sont admis.

A cette Ecole est adjointe une société scientifique, dite la Société d'Odontologie de Paris, qui se réunit le 1er mardi de chaque mois. Les inscriptions pour l'Ecole sont reçues au secrétariat, 57, rue Rochechouart.

II. Institut odontotechnique de France.

Cette association scientifique et philanthropique a été fondée en 1878 pour le relèvement scientifique et moral de l'art dentaire en France, et comporte comme mode d'action : Un enseignement théorique et pratique spécial représenté par une Ecole dentaire avec dispensaire gratuit pour les maladies des dents.

Dès son début, cette Ecole dentaire s'est placée sous le haut patronage d'un conseil scientifique composé d'hommes éminents, tels que MM. les professeurs Gavaret, Richet, Brouardel, Sappey, Le Fort, Trélat, Guyon, Duplay, Fournier, Proust, Gariel. Elle a comme directeur le Dr G. Gaillard, dentiste des Hôpitaux. La clinique a lieu tous les matins, de 8 à 10 heures.

Cours pratiques et cliniques du matin.

Professeurs de Clinique : M. Burt, lundi, de 8 à 10 heures. — M. Insail, mardi, de 8 à 10 h. — M. H. Dubrac, mercredi, de 8 à 10 h. — M. Saint-Hilaire, mercredi, de 8 à 10 h. — M. Ducournau, jeudi, de 8 à 10 h. — M. J.-M. Didsbury, vendredi, de 8 à 10 h. — M. V. Anjubault ✪, professeur suppléant, samedi, de 8 à 10 h.

Chefs de Clinique. — M. Hivert, lundi, de 8 à 10 heures. — M. X..., mardi, de 8 à 10 h. — M. Bernstamm, mercredi, de 8 à 10 h. — M. Blanchard, aide de clinique, jeudi, de 8 à 10 h. — M. Hivert, vendredi, de 8 à 10 h. — M. A. Dubrac, samedi, de 8 à 10 h.

Professeurs de Prothèse : M. Lawrence, mercredi et samedi, de 8 à 10 h. — M. Deligny, aide de clinique, mercredi et samedi, de 8 à 10 h.

Professeurs de Dentisterie opératoire (cours théoriques et pratiques) : M. Michaëls, lundi, de 8 à 9 h. — M. Weber, mardi, de 8 à 9 h. — M. Du Bouchet, samedi, de 8 à 9 h. — M. Deane, mardi, jeudi, samedi, de 8 à 10 h. — M. H. Bermond, lundi, mercredi, vendredi, de 8 à 10 h. — M. Brigiotti ✪, lundi, mercredi, vendredi, de 8 à 10 h.

Démonstrateurs : MM. Scott et Amoedo.

Professeur d'Anesthésie : M. Darin, jeudi, de 8 à 10 h.

Cours théoriques du soir (de 8 à 10 heures).

Pathologie et thérapeutique générales (Éléments de) : M. Ramonat, lundi à 8 h. 1/2. — M. Demontporcelet, mardi à 8 h. — M. Viron, mercredi à 8 h. — *Mécanique et Prothèse dentaires* : M. Anjubault, mercredi à 9 h. — *Pathologie et Thérapeutique buccales* : M. Ramonat, jeudi à 8 h. 1/2. — *Anatomie et physiologie humaines et comparées* : M. Demontporcelet ✱, ✪, vendredi à 8 h. — *Pathologie et Thérapeutique dentaires* : M. Weber, vendredi à 9 h. — *Dissection* : M. Demontporcelet, mardi. — *Micrographie* : M. Demontporcelet, préparateur, vendredi. — M. Lawrence, préparateur, vendredi. — M. Bourg, préparateur, vendredi. — *Manipulations chimiques* : M. Viron, vendredi.

Laboratoire de Prothèse : M. Le Gall. Tous les jours, de 2 h. à 6 h. du soir. Mercredi et samedi, de 8 à 10 h. du matin.

Bibliothécaires et Conservateurs du Musée : MM. Crignier et Vizioz.

A cette école se trouve adjointe une société savante dite *Société Odontologique*, qui se réunit le premier mardi de chaque mois. Elle est composée de membres adhérents et correspondants, et a pour président M. le Dr Marchandé.

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.

Le prix d'abonnement au Progrès médical *est réduit, pour MM. les Étudiants, à 12 francs par an.*

MM. les Abonnés sont priés de joindre, à leur demande de renouvellement ou de changement d'adresse, la bande du journal.

Avis à nos lecteurs.

Nous rappelons à nos lecteurs, à nos abonnés et à nos collaborateurs que tout ce qui concerne la rédaction (livres, journaux, manuscrits, communications, etc.) *doit être adressé au Rédacteur en chef, et tout ce qui concerne l'Administration* (abonnements, librairie, annonces, changements d'adresse, mandats) *à M. Hippolyte Durand.*

BONS OUVRAGES D'OCCASION. — Dernières éditions, parfait état, en vente aux prix indiqués à la librairie **LEFRANÇOIS**, 9 et 10, rue Casimir-Delavigne, Paris. — *Pathologies internes* : Jaccoud, 3 vol., **35** fr. ; Eichorst, 4 vol., **48** fr. ; Laveran et Teissier, **14** fr. ; Dieulafoy, 2 vol., **10** fr. — *Pathologies externes* : Reclus, Bouilly, Peyrot, Kirmisson, 4 vol., **25** fr. ; Poulet et Bousquet, 3 vol. **35** fr. ; Moynac, 2 vol., **10** fr. ; Bouchard, 2 vol., **15** fr. — *Pathologies générales* : Hallopeau, **8** fr. ; Moynac, **5** fr. — *Chirurgie* : Farabeuf, **10** fr. ; Lefort, 2 vol., **10** fr. ; Duplay et Reclus, 2 vol., **25** fr. ; Tillaux, 2 vol., **15** fr. ; Follin et Duplay, 7 vol., **50** fr. — *Encyclopédie, Chirurgie* : 7 vol., **78** fr. — *Accouchements* : Tarnier, 2 vol., **20** fr. ; Auvard. **10** fr. ; Charpentier, 2 vol., **18** fr. — Brocq : *Maladies de peau*, **10** fr. — *Cliniques médicales* : Trousseau, 3 vol., **20** fr. ; Rendu. 2 vol., **15** fr. — *Gynécologie* : Pozzi, franco, **21** fr. ; Schvœder, **13** fr. **50**.

© ANM

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Année scolaire 1890-91.

Semestre d'hiver. — Cours.

Du 3 novembre au 15 mars.

Médecine légale et toxicologie: M. JAUMES, professeur. Les empoisonnements.— *Anatomie pathologique et histologie*: M. KIENER, professeur. Processus morbides généraux dans les tissus conjonctifs et épithéliaux. — *Anatomie*: M. PAULET, professeur. Anatomie topographique des régions de la tête, du cou, du thorax et de l'abdomen. — *Pathologie interne*: M. CARRIEU, professeur. Maladies des annexes du tube digestif et des reins. — *Physique médicale*: M. IMBERT, professeur. Optique. Acoustique. — *Pathologie externe*: M. N..., professeur. (Le programme sera indiqué ultérieurement).

Cours complémentaires et conférences.

Accouchements (Cours compl.): M. GERBAUD, agrégé. 1° De la grossesse. 2° Pathologie de la grossesse. — *Anatomie*: M. GILIS, agrégé, chef des travaux. Complément du cours du professeur. — *Physiologie*: M. HÉDON, agrégé. Sang, circulation. — *Chimie médicale*: M. DE GÉRARD, agrégé. Applications de la Chimie à la physiologie et à la thérapeutique. — *Histoire naturelle médicale*: M. PLANCHON, Louis, ch. Zoologie médicale.— *Anatomie*: M. MOUBET, prosecteur. Complément des cours et conférences.

Semestre d'été. — Cours.

(*16 mars au 31 juillet*).

Chimie médicale: M. ENGEL (VILLE, chargé), professeur. Chimie organique et biologique — *Hygiène*: M. BERTIN-SANS, professeur. Définition et histoire de l'Hygiène. Hygiène de l'enfance. — *Physiologie*: M. LANNEGRACE, professeur. Nerfs, muscles et organes des sens. — *Médecine opératoire*: M. CHALOT, professeur. Chirurgie spéciale: Opérations qui se pratiquent sur le crâne, le rachis, la face, les appareils de la vision, de l'olfaction, de l'audition, la bouche et ses dépendances. — *Thérapeutique et Matière médicale*: M. HAMELIN, professeur. Médications s'adressant aux éléments morbides (indications et agents médicamenteux). — *Botanique et Histoire naturelle médicale*: M. GRANEL, professeur. Etude spéciale des plantes employées en médecine.

Cours complémentaires et Conférences.

Histologie: M. BLAISE, agrégé. Tissus et organes. — *Pathologie externe*: M. FORGUE, agrégé, Leçons de chirurgie orthopédique. — *Pathologie générale*: M. BOINET, agrégé. Nature et prophylaxie des maladies infectieuses chez l'homme. — *Pathologie interne*: M. SARDA, agrégé. Maladies des appareils respiratoire et circulatoire. — *Physique médicale*: M. LECERCLE, agrégé. Pesanteur, chaleur, électricité.

Cliniques.

Clinique interne: MM. CASTAN, doyen, et GRASSET. — *Clinique externe*: MM. DUBREUIL et TÉDENAT. — *Clinique obstétr. et gynécologique*: M. GRYNFELTT. — *Maladies ment. et nerv.*: M. MAIRET. — *Maladies des vieillards*: M. MOSSÉ, agrégé, ch. — *Maladies des enfants*: M. BAUMEL, agrégé, ch. — *Clinique ophtalmologique*: M. TRUC, agrégé.— *Maladies syphilitiques et cutanées*: M. BROUSSE, agrégé, ch.

Travaux pratiques obligatoires.

Anatomie: M. GILIS, agrégé, chef des travaux. Dissections dans le pavillon anatomique. — *Anatomie pathologique*: M. BLAISE, agrégé, chef des travaux. Exercices au laboratoire. — *Chimie*, M. MORTESSIER, chef des travaux. Expériences à l'Institut. — *Histoire naturelle médicale*: MM. GRANEL, professeur et PLANCHON (Louis), délégué. Exercices pratiques de botanique et de zoologie. — *Physique médicale*: M. BERTIN-SANS, chef des travaux. Manipulations. — *Physiologie*: M. FRANÇOIS, chef des travaux. Démonstrations et exercices au laboratoire. — *Histologie*: M. BLAISE, agrégé, chef des travaux. Démonstrations et exercices au laboratoire. — *Médecine opératoire*: M. GILIS, agrégé, chef des travaux. Ligatures, amputations, désarticulations. Opérations d'urgence.

Consultations gratuites.

(*Semestre d'hiver et d'été*).

A l'Hôpital-Général, à 9 heures du matin: Le mercredi, médecine; le lundi et vendredi, chirurgie; le jeudi et le samedi, maladies syphilitiques et cutanées; le jeudi, accouchements et maladies des femmes, rue du Four-Saint-Eloi; les mardi, jeudi et samedi, maladies des yeux; les lundi et vendredi, à 10 heures, maladies des enfants; le jeudi, à 9 heures, maladies des vieillards.

PROFESSEURS HONORAIRES :

Doyen honoraire: M. BENOIT; professeurs honoraires: MM. DUPRÉ, BENOIT; secrétaire honoraire: M. BLAISE.

Division des études.

SEMESTRE D'HIVER. — 1re *Année*: Cours de Physique, Conf. de Chimie, d'Histoire naturelle; Travaux pratiques de Physique. 2e *Année*: Cours d'Anatomie, d'Histologie; Conférences d'Anatomie, de Physiologie, Travaux pratiques d'Anatomie. 3e *Année*: Cliniques, Cours d'Anatomie, de Physiologie, d'Histologie, de Pathologie interne, de Pathologie externe; Travaux pratiques d'Anatomie. 4e *Année*: Cliniques, Cours d'Anatomie pathologique, de Médecine opératoire, de Médecine légale, de Pathologie interne, de Pathologie externe, compl. d'Accouchements; Travaux pratiques d'Anatomie pathologique.

SEMESTRE D'ÉTÉ. — 1re *Année*: Cours de Chimie, d'Histoire naturelle; Conférences de Physique; Travaux pratiques de Chimie et d'Histoire naturelle. 2e *Année*: Cours de physiologie, complémentaire d'Histologie; Conférences de Pathologie générale; Travaux pratiques de Physiologie et d'Histologie. 3e *Année*: Cliniques, Cours complémentaire d'Histologie; Conférences de Pathologie générale, de Physiologie, de Pathologie interne, de Pathologie externe; Travaux pratiques de Physiologie. — 4e *Année*: Cliniques; Cours d'hygiène, de Thérapeutique et Matière médicale; Conférences de Pathologie générale, de Médecine légale, de Pathologie interne, de Pathologie externe; Travaux pratiques de Médecine opératoire.

Renseignements divers.

Le *Musée anatomique* et le *Musée d'hygiène* sont ouverts aux élèves tous les jours, de midi à 4 h.— Le *Conservatoire du Jardin des plantes* est ouvert aux élèves aux mêmes heures. — La *Bibliothèque* est ouverte tous les jours, de midi à 4 heures, le mercredi excepté, et les soirs, de 7 heures et demie à 9 heures et demie. — *Inscriptions trimestrielles*. Elles sont reçues au Secrétariat tous les jours, de 2 heures à 4 heures, du 3 au 20 novembre, et pour les trimestres de Janvier, Avril et Juillet, dans la première quinzaine de ces mois. — *Déclarations d'examens*. Elles sont reçues tous les jours, le Samedi excepté, entre 2 heures et 4 heures, en vue des examens de la semaine suivante.

Prix décernés annuellement par la Faculté.— Prix de 1re année, Médaille d'argent et 100 francs de livres. — Prix de 2e année, Médaille d'argent et 100 francs de livres. — Prix de 3e année, Médaille d'argent et 185 francs de livres. — Prix de 4e année, Médaille d'argent et 185 fr. de livres. — Prix de Fontaine, 423 francs. (Somme délivrée à l'auteur de la meilleure thèse).— Prix de la Ville de Montpellier, 200 francs. Somme délivrée à l'élève qui a accompli la meilleure scolarité). — Prix Bouisson, rente annuelle de 100.000 fr. employée à cinq prix de fin d'études.

Montpellier, 22 octobre 1890.

Mon cher rédacteur en chef,

Je n'ai pas grandes nouvelles à vous donner sur l'année qui vient de s'écouler. Vous avez bien voulu rendre compte de nos fêtes du dixième centenaire de l'Université de Montpellier (1). Le ministre de l'instruction publique en a profité pour prononcer un grand discours sur la réorganisation des Universités régionales. L'idée est bonne et pourrait être féconde, mais le projet de loi qui a été déposé depuis, ne réalise aucune espèce de progrès dans la voie de la décentralisation ou de l'autonomie. Le conseil général s'appellera conseil de l'Université; ce sera, du haut en bas, un simple changement d'étiquette.

Notre Faculté s'est tenue aussi complètement que possible en dehors des discussions aiguës qu'a soulevées le projet de création d'une Faculté de médecine à Marseille. Nous serions intervenus si la discussion s'était établie sur le terrain des intérêts universitaires supérieurs, si l'on avait dû défendre l'avis si péremptoire de la section permanente du conseil supérieur et les conclusions du dernier livre de M. Liard sur les Universités. Mais d'emblée, la question a été posée sur le terrain exclusivement politique. On ne s'est pas demandé si l'intérêt supérieur de l'enseignement voulait des créations nouvelles de Facultés; on a proclamé simplement qu'on ne pouvait pas refuser une Faculté à une grande ville qui offrait de la payer... Sur ce terrain nous n'avions rien à dire et avons laissé faire nos administrateurs et nos représentants.

Léger conflit entre la Faculté et le Conseil général à propos de la vacance de la chaire de pathologie externe. La première a demandé le maintien de l'ancienne chaire; le second a demandé la transformation en chaire de clinique ophtalmologique. La solution n'est pas encore intervenue. C'est, du reste, la seule chaire qui soit actuellement vacante. Tous les autres services marchent régulièrement.

Veuillez agréer, mon cher rédacteur en chef, la nouvelle assurance de mon plus affectueux dévouement. Dr Y.

---

(1) Voir les nos 23, 25, 26, du *Progrès médical*, 1er semestre.

© ANM

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY.

ANNÉE SCOLAIRE 1890-1891.

Cliniques, Cours et Travaux pratiques.

Semestre d'Hiver. Du 3 Novembre au 15 Mars.

Cliniques. — Clinique médicale : M. Bernheim, professeur, à l'hôpital civil, lundi, mercredi, vendredi, à 8 heures. — Clinique médicale : M. Spillmann, prof., à l'hôpital civil, mardi, jeudi, samedi, à 8 h. — Clinique chirurgicale : M. Gross, professeur, à l'hôpital civil, mardi, jeudi, samedi, à 8 h. — Clinique chirurgicale : M. Heydenreich, professeur, à l'hôpital civil, lundi, mercredi, vendredi, à 8 h. — Clinique obstétricale : M. A. Herrgott, professeur, à la maison de secours, mardi, jeudi, samedi, à 8 h.

Cliniques complémentaires. — Maladies mentales : M. Langlois chargé de cours, à l'asile d'aliénés de Maréville, vendredi, à 2 h. — Maladies des yeux : M. Rohmer, agrégé, à l'hôpital civil, lundi, vendredi, à 10 h. — Maladies syphilitiques et cutanées : M. Schmitt, agrégé, à la maison de secours, mercredi, à 10 h. ; vendredi, à 5 h. — Maladies des enfants : M. Simon, agrégé, à la maison de secours, lundi, mercredi, à 5 h. — Maladies des vieillards : M. P. Parisot, agrégé, à l'hôpital Saint-Julien, mardi, samedi, à 11 h.

Cours. — Chimie médicale et toxicologie : M. Garnier, professeur, étude des liquides pathologiques et en particulier des urines ; toxicologie, mercredi, jeudi, samedi, à 10 h. 1/2. — Physique médicale : M. Charpentier, profes., optique médicale, mardi, samedi, à 2 h. 1/2. — Histoire naturelle médicale : M. Macé, prof., botanique et zoologie médicales, lundi, mardi, à 10 h. — Anatomie descriptive : M. Nicolas, agrégé, système nerveux ; organes des sens, mardi, jeudi, samedi, à 11 h. — Histologie : M. Baraban, agrégé, les tissus du corps, lundi, mercredi, vendredi, à 11 h. — Pathologie interne : M. Hecht, prof., histoire des maladies des appareils respiratoire et circulatoire, mardi, jeudi, samedi, à 4 h. — Pathologie externe : M. Weiss, professeur, maladie des régions, lundi, mercredi, vendredi, à 5 h. — Hygiène : M. Poincaré, prof., prophylaxie des maladies ; hygiène des malades, lundi, mercredi, vendredi, à 4 h. — Médecine légale : M. Demange, profes., coups et blessures ; empoisonnements ; aliénation mentale mardi, jeudi, samedi, à 5 h.

Cours complémentaires et conférences. — Accouchements (cours comp.) : M. Rémy, agrégé, dystocie, mercredi, vendredi, à 3 h. — Physiologie : M. René, agrégé, physiologie des muscles et des nerfs, mardi, à 5 h. — Pathologie interne : M. Parisot, agrégé, maladies du système nerveux, samedi, à 5 heures. — Bandages et appareils : M. Vautrin, agrégé, jeudi, à 5 h.

Travaux pratiques obligatoires. — Chimie médicale ; M. Garnier, professeur, chimie analytique, minérale et organique, lundi, de 2 à 4 h., mercredi, vendredi, de 1 h. 1/2 à 4 h. — Physique médicale : M. Charpentier, professeur, mardi, jeudi, samedi, de 3 h. 1/2 à 5 h. — Histoire naturelle médicale : M. Macé, professeur, anatomie comparée, mercredi, jeudi, vendredi, de 8 à 10 h. — Dissection : M. Nicolas, agrégé, amphithéâtre d'anatomie, tous les jours, de 1 à 5 h. — Anatomie pathologique : M. Feltz, professeur, questions spéciales d'anatomie et de physiologie pathologiques, mardi, jeudi, samedi, de 2 h. à 4 h.

Semestre d'Été. Du 16 mars au 31 juillet.

Cliniques. — Clinique médicale : M. Bernheim, professeur, à l'hôpital civil, lundi, mercredi, vendredi, à 8 h. — Clinique médicale : M. Spillmann, professeur, à l'hôpital civil, mardi, jeudi, samedi, de 8 h. à 10 h. — Clinique chirurgicale : M. Gross, professeur, à l'hôpital civil, mardi, jeudi, samedi, de 8 h. à 10 h. — Clinique chirurgicale : M. Heydenreich, professeur, à l'hôpital civil, lundi, mercredi, vendredi, à 8 h. — Clinique obstétricale : M. A. Herrgott, professeur, à la maison de secours, mardi, jeudi, samedi, de 8 h. à 10 h.

Cliniques complémentaires. — Maladies mentales : M. Langlois, chargé de cours, à l'asile d'aliénés de Maréville, vendredi à 2 h. — Maladies des yeux : M. Rohmer, agrégé, à l'hôpital civil, mercredi, vendredi, à à 11 h. — Maladies syphilitiques et cutanées : M. Schmitt, agrégé, à la maison de secours, mercredi, 10 h. ; samedi, 5 h. — Maladies des enfants : M. Simon, agrégé, à la maison de secours, lundi, jeudi, à 11 h. — Maladies des vieillards : M. P. Parisot, agrégé, à l'hôpital Saint-Julien, mardi, samedi, à 11 h.

Cours. — Physique médicale : M. Charpentier, professeur, électricité et chaleur médicales, mardi, à 10 h. — Histoire naturelle médicale : M. Macé, professeur, botanique et zoologie médicales, vendredi, samedi, à 10 h. — Physiologie : M. Beaunis, professeur, physiologie générale, physiologie cellulaire, sang, fonctions de nutrition, physiologie des centres nerveux, physiologie des organes des sens, mercredi, vendredi, samedi, à 5 h. — Médecine opératoire : M. Chrétien, professeur, opérations qu'on pratique sur l'appareil circulatoire ; résections, lundi, mercredi, vendredi, à 4 h. — Anatomie et physiologie pathologiques : M. Feltz, professeur, questions générales d'anatomie et de physiologie pathologiques à l'aide de pièces et d'expériences, lundi, mercredi, veudredi, à 2 h. — Matière médicale et thérapeutique : M. Schmitt, agrégé, de l'action médicamenteuse, alcaloïdes et glucosides, médications cardio-vasculaires lundi, mercredi, vendredi, à 4 h.

Cours complémentaires et conférences. — Chimie biologique : M. Guérin, agrégé, étude des corps organiques, leurs applications médicales et biologiques, mardi et samedi, à 2 h. — Accouchements : M. Rémy, agrégé, opérations obstétricales, mardi, samedi, à 4 h. — Hygiène : M. Poincaré, professeur, excursions, mercredi, de 3 à 5 h. — Bactériologie : M. Macé, professeur, mercredi, à 3 h. — Pathologie interne : M. P. Parisot, agrégé, maladies du système nerveux, lundi, à 3 h. — Physiologie : M. René, agrégé, physiologie générale des muscles et des nerfs, samedi, à 5 h. — Diagnostic médical : M. Simon, agrégé, appareils respiratoire et circulatoire, jeudi à 4 h.

Travaux pratiques obligatoires. — Chimie médicale : M. Garnier, profes., applications à l'étude des eaux potables, du lait, des urines, des liquides de ponctions, des calculs, etc., analyse qualitative et volumétrique, lundi de 2 h. à 4 h. du soir ; mercredi et vendredi, de 7 h. à 10 h. du matin. — Physique médicale : M. Charpentier, profes., mercredi, vendredi et samedi, de 3 h. à 4 h. 1/2. — Histoire naturelle médicale : M. Macé, professeur, lundi, mardi, jeudi, de 8 h. à 10 h. — Médecine opératoire : M. Vautrin, agrégé, mardi, jeudi, de 5 h. à 7 h. — Histologie : M. Baraban, agrégé, mercredi, samedi, de 1 h. à 5 h. — Physiologie : M. Beaunis, profes., mardi, vendredi, de 3 h. à 5 h. — Anatomie pathologique : M. Feltz, professeur, questions spéciales d'anatomie et de physiologie pathologiques, mardi, jeudi, de 2 h. à 4 h.

Doyens honoraires : MM. Stoltz, Tourdes. — *Professeurs honoraires :* MM. Stoltz, Tourdes, Coze, V. Parisot, Herrgott, Roussel, Bêchet. — *Professeur adjoint :* M. E. Parisot.

Prix décernés par la Faculté.

La Faculté décerne les prix suivants à la suite de concours distincts pour chacune des années d'études. — Prix universitaires (lettre ministérielle du 10 juin 1881) : 1° Prix des sciences physiques, chimiques et naturelles, 1 médaille d'argent et 100 fr. de livres. Les élèves de 1re année sont seuls admis à concourir. — 2° Prix des sciences anatomiques et physiologiques. 1 médaille d'argent et 100 fr. de livres Les élèves de 3e année sont seuls admis à concourir. — 3e Prix des sciences pathologiques. Médecine. 1 médaille d'argent et 185 fr. de livres. Chirurgie et accouchements. 1 médaille d'argent et 185 fr. de livres. Les élèves de 4e année (16 inscriptions) sont seuls admis à concourir pour ces prix. — Les lauréats auront droit seulement au remboursement des droits d'inscriptions versés par eux dans le courant de la dernière année scolaire. (Arrêtés des 20 février, 10 avril et 30 mai 1854). Prix de thèse de 325 fr. (donné par le Conseil général de Meurthe-et-Moselle et la ville de Nancy). Prix Bénit — dit de l'Internat — de 233 fr. Des mentions honorables pourront, en outre, être accordées en raison du nombre et du mérite des concurrents.

Tout étudiant qui se présente pour prendre sa première inscription est tenu de 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, le consentement de son père ou de son tuteur ; ce consentement doit indiquer le domicile de son père ou de son tuteur ; 4° pour le grade de *docteur*, les diplômes ou certificats de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences restreint, ou, à la place de ce dernier, celui de bachelier ès sciences (complet), ou le diplôme de bachelier de l'enseignement spécial). Les *aspirants au titre d'officier de santé* doivent être âgés de 17 ans, et, à défaut de diplôme de bachelier, doivent produire en outre des pièces spécifiées ci-dessus (1°, 2°, 3°), le certificat d'études prescrit par le décret du 30 juillet 1885. — Les *Inscriptions* seront reçues tous les jours, de 10 h. à midi, du lundi 28 octobre 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 novembre les examens correspondant à la quatrième inscription 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 samedi 26 octobre, de 10 heures à midi. Les Jurys d'examen fonctionneront à dater du 4 novembre. — Les *Cours* et les *Travaux pratiques* commenceront le 4 novembre.

Gratuité d'inscriptions. — Les demandes en vue de la dispense des droits d'inscriptions sont adressées au Doyen de la Faculté, du 15 octobre au 1er novembre (art. 1er de l'arrêté du 31 mars 1887). — Elles sont accompagnées : d'un état certifié par le maire, énonçant la situation de fortune de l'étudiant et de sa famille, s'il s'agit d'inscriptions de première année, d'un extrait du dossier scolaire certifié par le Chef ou les Chefs des établissements d'enseignement secondaire où le postulant a fait ses deux dernières années d'études ; s'il s'agit d'inscriptions de 2e, de 3e ou de 4e année, d'un certificat d'assiduité aux cours et aux travaux pratiques de l'année précédente, délivré par les Professeurs et Chefs de travaux pratiques compétents (Idem. art. 2).

© ANM

ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE NANCY.

ANNÉE SCOLAIRE 1890-1891.

Semestre d'hiver. — 3 *novembre au* 15 *mars.*

Cours.

Chimie : M. JACQUEMIN, Chimie minérale, mardi, mercredi, 2 h. 1/2; jeudi, 11 h.; chimie organique sériale, mardi, 11 h. — *Toxicologie et physique* : M. SCHLAGDENHAUFFEN, étude des poisons et des empoisonnements, lundi, mercredi, vendredi, 8 h. — *Histoire naturelle :* M. BLEICHER, notions de zoologie appliquée à la pharmacie, lundi, mercredi, vendredi, 10 h.

Cours complémentaires.

Hydrologie et minéralogie : M. JACQUEMIN, professeur, étude des minéraux les plus usuels, des eaux potables et des eaux minérales, mercredi, vendredi, 11 h. — *Botanique :* M. BRUNOTTE, agrégé, anatomie et physiologie végétales lundi, vendredi, 5 h.; cryptogamie (applications à la pharmacie), mercredi, 5 h. — *Chimie analytique :* M. KLOBB, agrégé, analyse minérale qualitative et quantitative, jeudi, 1 h. 1/4, samedi, 8 h. 1/4. — *Pharmacie galénique :* M. DELCOMINÈTE, opérations pharmaceutiques; médicaments qui en dérivent, mardi, samedi, 11 h., jeudi, 10 h.

Travaux pratiques.

Micrographie générale : MM. BLEICHER-BRUNOTTE, élèves de 2e année, vendredi, 2 à 5 h. — *Pharmacie galénique :* MM. DELCOMINÈTE-KLOBB, élèves de 3e année, lundi, mardi, de 2 h. à 5 h. — *Physique :* M. SCHLAGDENHAUFFEN, élèves de 3e année, mardi, 9 à 11 h. — *Chimie* : M. KLOBB, agrégé, élèves de 1re année, lundi, jeudi, 2 h. à 5 h.; samedi, 9 h. à 11 h.; élèves de 2e année, jeudi, 2 h. à 5 h., samedi, 9 à 12 h. — *Micrographie appliquée* : MM. GODFRIN-BRUNOTTE, élèves de 3e année, samedi, 9 à 12 h.

Semestre d'été. — 16 *mars au* 31 *juillet.*

Cours.

Matière médicale : M. GODFRIN, drogues tirées des cryptogames et monocotylédones, mardi, jeudi, samedi, 8 h. — *Pharmacie :* M. HELD, médicaments chimiques organiques, lundi, 9 h., mercredi, vendredi, 8 h. — *Chimie :* M. JACQUEMIN, chimie des corps organisés végétaux, mardi, jeudi, 11 h.

Conférences.

Chimie organique : M. KLOBB, agrégé, chimie des corps organisés animaux; série aromatique, mercredi, vendredi, 11 h. — *Chimie analytique* : analyse minérale et organique, lundi, 1 h. 1/4, samedi, 8 h. — *Botanique* : M. BRUNOTTE, agrégé, classification des phanérogames, mercredi, vendredi, 9 h.

Travaux pratiques.

Micrographie appliquée : MM. GODFRIN-BRUNOTTE, élèves de 3e année, samedi, 9 h. à 12 h. — *Pharmacie chimique :* M. HELD, élèves de 2e année, mardi, 2 h. à 5 h. — *Micrographie générale* : MM. BLEICHER-BRUNOTTE, élèves de 2e années, vendredi, 2 h. à 5 h. — *Herborisation* : BLEICHER-BRUNOTTE, élèves de 1re, 2e et 3e années, jeudi. — *Chimie analytique* : M. KLOBB, élèves de 2e année, lundi, 2 h. à 5 h. — *Chimie minérale :* M. KLOBB, élèves de 1re année, mardi, samedi, 9 h. à 12 h. — *Toxicologie* : MM. SCHLAGDENHAUFFEN-KLOBB, élèves de 3e année, mardi, 2 h. à 5 h.

Les cours et examens ont commencé le 3 nov., les travaux pratiques le 10 novembre. Les inscriptions seront reçues du 27 octobre au 20 novembre. Les examens de validation de stage auront lieu le lundi 3 nov. 1890, à 9 heures du matin, et le 31 juillet 1891, à 8 h. du matin.

Nancy, 20 octobre 1890.

Monsieur le rédacteur en chef et honoré confrère,

Il est fort probable que la plupart de vos correspondants de province vous parleront cette année de la question si palpitante des *Universités régionales*. Pour une fois, je vous dirai donc ce que nous en pensons à Nancy, bien que, forts de notre passé et confiants dans l'avenir, nous ayons laissé s'écouler, sans nous en émouvoir, le flot des rivalités, des rancunes, des colères même que cette question a soulevé contre notre Faculté. On a été jusqu'à demander notre mort! Grand merci; nous ne tenons pas à mourir et nous savons montrer que nous voulons vivre.

Ceux qui nous attaquent ainsi ont-ils oublié que Nancy c'est notre chère et glorieuse Faculté de Strasbourg, que nous avons été placés ici à l'avant-garde de la science française, en face de populations toujours fidèles, à quelques lieues de cette Université allemande née de nos désastres, fondée sur nos ruines et qui verrait avec un méprisant orgueil sombrer notre foi ou s'éteindre nos espérances. L'ont-ils donc oublié?

Et s'ils pensent que les questions de sentiment et de patriotisme n'ont rien à voir ici, voudront-ils bien nous dire si la valeur d'une Faculté doit se mesurer uniquement au nombre de ses élèves que restreint quelquefois la force des choses, et s'il faut compter pour rien la qualité de l'enseignement qu'on y donne et l'importance des résultats qu'on y obtient.

Mais alors qu'ils viennent donc à Nancy, qu'ils nous jugent à l'œuvre, qu'ils lisent les travaux fournis par nos maîtres et nos élèves, qu'ils regardent le rang qu'occupent, dans les concours avec les élèves des autres Facultés, nos étudiants au Val-de-Grâce, à l'École de santé militaire, à l'agrégation et qu'ils disent si oui ou non nous avons démérité. D'ailleurs aux attaques dont nous avons été l'objet nous avons répondu par des actes :

A peine la question des Universités était-elle soulevée qu'il se formait une *Société des Amis de l'Université de Nancy*, à laquelle s'est fait un honneur et un devoir d'appartenir toute l'élite intellectuelle de la région et qui, même avant sa constitution officielle, avait réuni un capital de plus de 36.000 francs.

La municipalité nancéienne, de son côté, après n'avoir rien négligé pour faire de notre institut chimique un établissement scientifique de premier ordre, compte faire plus encore, s'il est possible, pour la Faculté de médecine. Non contente de 5.000 mètres carrés nécessaires à l'Institut anatomique dont la première pierre sera incessamment posée, elle a voté l'acquisition de 13.500 mètres carrés de terrains pour y grouper, autour du grand hôpital, tous les services de la Faculté.

Deux généreuses donatrices ont légué aux hôpitaux de Nancy une somme de 1.200.000 francs pour l'agrandissement des services actuels et la création de bâtiments nouveaux.

L'hôpital des vieillards s'est étendu; d'importantes améliorations ont été apportées encore à l'hôpital départemental dans le service des vénériennes et des affections cutanées; une nouvelle clinique des maladies des enfants vient d'être créée avec les perfectionnements les plus modernes.

Je ne rappellerai que pour mémoire cette fortifiante et consolante Fête des Étudiants (28 juin) que MM. les ministres de la Marine et de l'Agriculture ont honorée de leur présence et dont ils ont emporté certainement pour la jeunesse de nos Écoles le plus bienveillant souvenir.

Mais je m'arrête; aussi bien vous ai-je dit à peu près tout ce qui a été fait d'essentiel à Nancy depuis l'année dernière. Et maintenant nous attendons, avec pleine confiance que, par la constitution définitive de l'Université de Nancy, les pouvoirs publics nous donnent, « avec la sanction des promesses du passé, la consécration du fait actuel et la garantie de l'avenir. »

Recevez, mon cher Rédacteur en chef, la nouvelle assurance de mes meilleurs sentiments. Dr X...

Manuel de technique des autopsies.

Par MM. BOURNEVILLE et BRICON. Librairie du *Progrès médical*. — Prix: broché, 2 fr. 50. Pour nos abonnés, 2 fr.; relié, 3 fr. et 2 fr. 50

MM. Bourneville et Bricon ont eu l'excellente idée de publier un *Manuel de technique des autopsies*, clair, concis, bien fait, renfermant tout ce qui est nécessaire pour guider un étudiant, un externe ou interne, ou un médecin des hôpitaux, dans la pratique des nécropsies. C'est un vade-mecum indispensable de la salle d'autopsie, car, là, rien ne doit être laissé à l'imagination. . . . . .

Le manuel de MM. Bourneville et Bricon vient donc bien à son heure; il est de la plus grande utilité pour tous ceux qui veulent apprendre la technique des autopsies. Il suit presque partout les indications formulées par Wirchow; mais, chemin faisant, il indique aussi quelques-uns des procédés de l'Ecole de Vienne et, à propos du cerveau, il donne les méthodes de section de M. Pitres. (*Journ. des connaissances méd.*).

V. CORNIL.

© ANM

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE.

Programme du semestre d'hiver.

OUVERTURE LE 3 NOVEMBRE 1890.

Cours.

Anatomie normale : M. Debierre, professeur. I. Du système nerveux central (moelle épinière et encéphale). II. Des organes thoraciques et abdominaux. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures, à la Faculté (amphithéâtre n° 1). — *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. Hermann, professeur. Anatomie et physiologie pathologiques générales. Altérations régressives et progressives des éléments anatomiques et des tissus. Altérations du sang et de la lymphe. Inflammations, tumeurs. (La leçon du samedi sera spécialement consacrée à la bactériologie.) Mardi, jeudi, samedi, à 4 h., à la Faculté (amphithéâtre n° 3). — *Clinique médicale* : M. Wannebroucq, professeur. Leçons cliniques. Mardi, jeudi, samedi, à 8 h., à l'hôpital Saint-Sauveur. — *Clinique chirurgicale* : M. Folet, professeur-doyen. Leçons cliniques. Lundi, mercredi, vendredi, à 8 h., à l'hôpital Saint-Sauveur. — *Clinique des maladies cutanées et syphilitiques* : M. Leloir, professeur. Leçons cliniques. Mardi mercredi, vendredi, à 10 h., à l'hôpital Saint-Sauveur. — *Clinique ophtalmologique* : M. F. de Lapersonne, professeur. Leçons cliniques. Lundi à 10 h.; mercredi, vendredi, à 11 h., à l'hôpital Saint-Sauveur. — *Accouchements (cours théorique)* : M. Demon, chargé du cours. Grossesse. Accouchement naturel. Lundi, vendredi, à 5 h., à la Faculté (amphithéâtre n° 3). — *Hygiène* : M. Arnould, professeur. Hygiène spéciale. Groupe infantile, scolaire, rural, urbain, industriel, militaire, pénitentiaire. Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures, à la Faculté (amphithéâtre n° 2). — *Chimie médicale et Toxicologie* : M. Lescœur, professeur. Chimie générale : Métalloïdes et métaux. Lundi, samedi, à 5 h. Toxicologie : Toxicologie chimique. Mercredi à 5 h., à la Faculté (amphithéâtre n° 4). — *Physique médicale* : M. Doumer, chargé du cours. Acoustique. Optique. Lundi, mercredi, vendredi, à 10 h. 1/2, à la Faculté (amphithéâtre n° 5). — *Pharmacie et Pharmacologie* : M. Lotar, professeur. Pharmacie chimique. Essai des médicaments achetés dans le commerce. Pharmacie galénique (2e partie du cours). Mardi, jeudi, samedi, à 10 h. 3/4, à la Faculté (amphithéâtre n° 4).

Cours complémentaires.

Maladies des enfants et syphilis infantile : M. Castelain, chargé du cours. Leçons cliniques. Mardi, samedi et dimanche à 10 h., à l'hôpital Saint-Sauveur. — *Clinique chirurgicale des enfants*. M. Phocas, chargé du cours. Leçons cliniques. Visites et conférences au lit du malade, tous les jours à 10 h. Leçons et opérations, le jeudi, à 10 h., à l'hôpital Saint-Sauveur.

Conférences.

Conférences d'histoire naturelle. : M. Barrois, agrégé. Zoologie médicale. Mardi, jeudi vendredi, à 9 h. 1/4, à la Faculté (amphithéâtre n° 1). — *Conférences de pathologie externe* : M. Phocas, agrégé. Maladies chirurgicales des femmes. Maladies de la mamelle. Mercredi, vendredi, à 6 h., à la Faculté (amphithéâtre n° 2). — *Conférences d'anatomie* : M. Carpentier, chef des travaux anatomiques. Système nerveux périphérique. Organes des sens. Anatomie topographique. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures, à la Faculté (amphithéâtre n° 1). — M. Bertaux, prosecteur d'anatomie. Ostéologie. Arthrologie. Myologie. Angéiologie. Lundi, mercredi, vendredi, à 1 h. 1/2, à la Faculté (amphithéâtre n° 1). — *Conférences du laboratoire des cliniques* : M. Combemale, agrégé, chef du laboratoire. Le sang, le suc gastrique, le lait, les sécrétions génitales, le crachat, le vomissement, le pus, les épanchements. etc., dans leur rapport avec le diagnostic clinique. Jeudi, samedi, à 10 h. du matin (au laboratoire, hôpital de la Charité).

Travaux pratiques. Laboratoires.

Dissections : M. Carpentier, chef des travaux anatomiques. Exercices pratiques, démonstrations et manipulations. Tous les jours, de 1 h. 1/2 à 5 h., à la Faculté. — *Travaux du laboratoire des cliniques*: M. Combemale, chef du laborat. Exercices pratiques, démonstrations et manipulations, Tous les jours, de 8 h. 1/2 à 11 h., au laboratoire des cliniques. — *Travaux pratiques d'anatomie pathologique* : M. Curtis, 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 (voir l'affiche spéciale), à la Faculté — *Manipulations chimiques et pharmaceutiques* : M. Morelle, 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. Doumer, chef des travaux de physique. Exercices pratiques, démonstrations et manipulations. Lundi, mardi, jeudi, samedi, de 2 h. à 5 h., à la Faculté.

Cours annexes.

Cours d'accouchements pour les élèves sages-femmes: M. Gaulard, professeur. Théorie des accouchements, accidents qui peuvent les précéder, les accompagner et les suivre. Mardi, jeudi, samedi à 5 h., à la Faculté (amphithéâtre n° 2). — *Doyen et professeur honoraire* : M. Cazeneuve. — *Doyen honoraire* : M. Wannebroucq. — *Professeurs honoraires* : MM. Garreau, Pilat et Joire. — *Agrégés*: MM. Wertheimer, Doumer, Demon, Morelle, Thibaut, Th. Barrois, Combemale, Phocas, Bureau, Meyer. — *Chefs de clinique* : MM. Dumont, Curtis, Trachet, Brulant, N... et N...

Dispensaires et consultations gratuites

AUX HÔPITAUX SAINT-SAUVEUR ET DE LA CHARITÉ.

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.

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 : MM. Wertheimer. — *Pathologie interne et pathologie expérimentale* : Leroy. — *Thérapeutique* : Lemoine. — *Opérations et appareils* : F. de Lapersonne. — *Clinique médicale* : L. Combemale. — *Clinique chirurgicale* : Dubar. — *Clinique obstétricale* : Gaulard. — *Médecine légale* : Castiaux. — *Accouchements* : Demon. — *Chimie organique* : Lambling. — *Physique médicale* : Doumer. — *Pharmacie et pharmacologie* : Lotar. — *Histoire naturelle* : Moniez. — *Matière médicale* Morelle. — *Maladies des yeux* : F. de Lapersonne. — *Maladies des enfants et syphilis infantile* : Castelain. — *Clinique chirurgicale des enfants* : Phocas.

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. (Décret du 26 juillet 1885). A moins d'avoir obtenu, avant le 1er novembre 1887, soit le certificat d'études de l'enseignement secondaire spécial, soit le certificat de l'examen de grammaire complété par l'examen scientifique ; les aspirants au titre d'officier de santé devront, pour être admis à prendre la 1re inscription, produire le certificat d'études établi par le décret du 30 juillet 1886. Les aspirants au titre de pharmacien de 2e classe doivent produire le certificat de grammaire, 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), pour prendre la 1re inscription de scolarité. Pour prendre la 1re inscription de stage, ils devront justifier du nouveau certificat d'études institué par le décret du 30 juillet 1886, à moins d'avoir obtenu avant le 1er novembre 1887, soit le certificat de grammaire complété, soit le certificat d'études de l'enseignement secondaire spécial. (Décret du 30 juillet 1886). La session de novembre des examens de validation de stage officinal

© ANM

s'ouvrira, à la Faculté, le 4 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.

Voici les changements qui se sont produits dans la Faculté pendant l'année écoulée : Le cours complémentaire de maladies des yeux a été transformé en chaire magistrale d'ophtalmologie, qui a été dévolue à M. le professeur Félix de Lapersonne. Par contre, la chaire magistrale de médecine opératoire a fait place à un simple cours complémentaire. La chaire de physiologie de la Faculté, déclarée récemment vacante, va être, dans quelques semaines, pourvue de son titulaire.

Au cours de cette année, la direction de la Faculté a passé de M. le Dr Wannebroucq, parvenu au terme de son décanat, et nommé doyen honoraire, à M. le Dr Folet, professeur de clinique externe.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1890-1891.

Ouverture des cours le 3 novembre 1890.

Professeurs honoraires : MM. Desgranges, Paulet, Bouchacourt, Chauveau, Glénard.

Cours et cliniques.

Cliniques médicales : M. Lépine, professeur, clinique tous les matins, à 9 h.; leçons : mardi, jeudi et samedi, de 10 h. à 11 h., Hôtel-Dieu. — M. Bondet, professeur, semestre d'été. Hôtel-Dieu. Les Cliniques générales sont ouvertes à tous les étudiants). — *Cliniques chirurgicales* : M. Ollier, professeur; clinique tous les matins à 9 heures; leçons : lundi, mercredi et vendredi, de 10 h. à 11 h., Hôtel-Dieu; — M. L. Tripier, professeur, semestre d'été. Hôtel-Dieu. Les Cliniques générales sont ouverte à tous les étudiants. — *Clinique obstétricale* : M. Pochier, professeur; leçon clinique, les mardi, jeudi, samedi, de 5 h. à 6 h. Visite et examen tous les matins à 8 h., à la Charité. Médecine, 4e année. — *Clinique ophtalmologique* : M. Gayet, professeur; clinique : mardi, samedi, de 10 h. à 11 h., Hôtel-Dieu. Médecine, 2e année. — *Clinique des maladies cutanées et syphilitiques* : M. Gailleton, professeur; leçon : mardi, vendredi, de 9 h. à 11 h., Antiquaille. Médecine, 2e année. — *Chimie organique et toxicologique* : M. Cazeneuve, professeur; leçons : lundi, mercredi, vendredi de 3 h. à 4 h. Amphithéâtre de chimie. Médecine, 1re année. Pharmacie, 1re, 2e et 3e années. — *Matière médicale et botanique* : M. X., professeur, M. Florence, agrégé, chargé du cours; leçons : mardi, jeudi, samedi, de 3 h. 1/2 à 4 h. 1/2 Amphithéâtre C. Médecine, 1re année. Pharmacie, 1re, 2e et 3e années. — *Zoologie médicale et anatomie comparée* : M. Lortet, professeur; leçons : 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; leçons : lundi, mercredi, vendredi, de 2 h. à 3 h. Amphithéâtre A. Médecine, 2e et 3e années. — *Anatomie générale et Histologie* : M. Renaut, professeur, leçons : mardi, jeudi, samedi, de 4 h. 1/2 à 5 h. 1/2. Amphithéâtre A. Médecine, 2e et 3e années. — *Anatomie pathologique* : M. R. Tripier, professeur; leçons : mardi, Laboratoire (Salle des Travaux pratiques); jeudi, Hôtel-Dieu (Salle des Autopsies); samedi, Laboratoire (Salle des Travaux pratiques), de 2 h. à 3 h. Médecine, 4e année. — *Pathologie interne* : M. Teissier, professeur; leçons : lundi, mercredi, vendredi, de 3 h. 1/2 à 4 h. 1/2. Amphithéâtre, section A. Médecine, 3e et 4e années. — *Médecine légale* : M. Lacassagne, professeur; leçons : lundi, Amphithéâtre de la section C; mercredi, vendredi, La Morgue, de 2 h. à 3 h. Médecine, 4e année.

Cours du semestre d'été.

Maladies mentales : M. Pierret. — *Physique médicale* : M. Monoyer. — *Physiologie* : M. Morat. — *Pathologie externe* : M. Berne. — *Pathologie générale* : M. Mayet. — *Médecine opératoire* : M. Poncet. — *Médecine expérimentale et comparée* : M. Arloing. — *Hygiène* : M. Rollet. — *Thérapeutique* : M. Soulier. — *Chimie médicale* : M. X... — *Pharmacologie* : M. Crolas.

Enseignement complémentaire.

Clinique des maladies des femmes : M. Laroyenne, professeur adjoint; semestre d'été. La Charité. Médecine, 4e année. — *Clinique des maladies des enfants* : M. Perret, agrégé; clinique : lundi, mercredi; leçon : vendredi, de 8 h. à 9 h. La Charité. Médecine, 4e année. — *Accouchements* : M. Poullet, agrégé; semestre d'été. Médecine, 3e année. — *Botanique* : M. Beauvisage, agrégé; semestre d'été. Médecine, 1re année. Pharmacie, 1re année.

Enseignement auxiliaire.

Physique : M. Didelot, agrégé, conférence, mardi, samedi, de 2 h. 1/2 à 3 h. 1/2, Amphithéâtre de physique. Pharmacie, 1re et 3e années. — *Microbiologie* : M. Rodet, agrégé; conférence : samedi, de 3 h. à 4 h. Petit Amphithéâtre C. Médecine, 4e année. — *Anatomie* : M. Jaboulay, agrégé; conférence : mardi, jeudi, samedi, de 1 h. 1/2 à 2 h. 1/2. Petit Amphithéâtre B. Médecine, 1re année. — *Pathologie externe* : M. Gangolphe, agrégé; conférence : lundi, vendredi, de 4 h. 1/2 à 5 h. 1/2. Petit amphithéâtre B. Médecine, 2e et 3e années. — *Maladies cutanées et syphilitiques* : M. Augagneur, agrégé; conférence : lundi, jeudi, de 9 heures à 10 heures. Antiquaille. Médecine, 2e année.

Conférences du semestre d'été.

Chimie biologique : M. Linossier. — *Maladies cutanées et syphilitiques* : M. Augagneur. — *Toxicologie* : M. Hugounenq. — *Minéralogie* : M. Didelot. — *Anatomie pathologique* : M. Bard. — *Pathologie interne* : M. Weil. — *Hydrologie* : M. Florence. — *Histologie et Embryologie* : M. Vialleton. — *Petite chirurgie* : M. X....

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 et demie; l'après-midi, de 1 heure à 5 heures.

Lyon, 19 octobre 1890.

Mon cher rédacteur en chef,

Je n'ai vraiment cette année aucun fait bien saillant à vous signaler, ou qui soit de nature à intéresser vos lecteurs. Car je ne suppose pas que vous puissiez prendre un plaisir particulier aux doléances du corps enseignant qui, d'un bout à l'autre de l'échelle, a dû supporter les rigueurs des nécessités budgétaires que nous impose la reprise par l'État des services de la Faculté de Lyon. Une notable diminution dans notre budget a forcé de réduire la plupart des traitements des chefs de travaux, préparateurs, etc.; d'autre part, l'entrée tardive des professeurs, de notre école dans le classement général a nécessité la mise en quatrième classe d'un certain nombre de professeurs, à qui les services rendus comme l'ancienneté dans l'enseignement auraient dû assurer une tout autre situation. Chacun se trouve ainsi avoir eu à souffrir non seulement dans ses intérêts personnels, mais encore des conditions nouvelles dans lesquelles il aura désormais à exercer l'enseignement.

Et en effet, l'état vraiment précaire qui va résulter pour nous de l'insuffisance de nos ressources, rendra l'accomplissement de la tâche du corps enseignant de plus en plus difficile. Avec le nombre toujours croissant de nos élèves, avec leur assiduité obligatoire aux exercices pratiques, il est aisé de prévoir que le personnel des préparateurs, moniteurs ou assistants, deviendra de plus en plus insuffisant; sans compter les frais spéciaux entraînés par des manipulations de plus en plus nombreuses et par l'achat d'instruments de précision souvent de grande valeur. Aussi en grandissant, nous appauvrissons-nous d'une façon déplorable, et il est grand temps que l'initiative privée vienne à notre secours pour compenser ce que nous perdons en rentrant sous la tutelle de l'État.

A ce point de vue là, nous n'avons pas trop à nous plaindre; et nous fondons grand espoir sur l'assistance puissante que nous prêtera très prochainement sans doute la *Société des Amis de l'Université* qui vient de se fonder à Lyon sous les auspices d'hommes de grand cœur et de grande initiative comme MM. Mangini, Oberkampf, etc. Grâce à elle, nous finirons peut-être un jour par avoir des rentes, comme nous le souhaitait M. le Directeur de l'Enseignement supérieur venu à Lyon inaugurer la série des conférences publiques que cette société avait organisées l'hiver dernier en vue d'une propagande généreuse. Ces conférences, brillamment ouvertes par M. Liard et terminées par l'aimable et spirituelle causerie de M. Jules Simon, ont groupé dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine presque chaque dimanche un auditoire d'élite qui s'intéressera de plus en plus sans doute aux recherches, aux travaux des professeurs de nos diverses facultés, et facilitera aussi la transformation de notre centre universitaire en véritable université.

Ce vœu d'ailleurs si souvent émis et rêvé est sur le point de

© ANM

s'accomplir. M. Léon Bourgeois, ministre de l'Instruction publique, a tenu la promesse qu'il formulait d'une façon si élevée dans son discours aux fêtes du Centenaire de Montpellier et a déposé sur le bureau de nos assemblées parlementaires le projet de loi organique qui constituera ces universités.

Peut-être même est-ce à la possibilité de la création prochaine de l'Université lyonnaise et à un projet de groupement nouveau des différentes matières de l'enseignement qu'il faut attribuer la non déclaration de vacance de la chaire de chimie minérale laissée vacante par la retraite de M. le professeur Flinard. Car ce n'est certes pas les candidats aptes à occuper dignement cette place qui fassent défaut. De même pour la chaire d'histoire naturelle médicale, prématurément laissée inoccupée par suite de la mort du regretté professeur Cauvet.

A part cela, mon cher rédacteur en chef, je n'ai à vous mentionner aucune modification dans le personnel. Comme je vous le disais plus haut, le nombre de nos élèves continue à progresser d'une façon régulière ; nous en compterons cette année certainement une centaine de plus que d'habitude ; car aux 70 élèves militaires de la promotion nouvelle viendra se joindre assurément un nombre d'élèves de première année sensiblement supérieur à celui des années précédentes. Tout ce monde travaille avec courage ; les concours d'internat et d'externat qui vont s'ouvrir en feront foi, comme en fait foi aussi la collection de nos thèses qui comptent un grand nombre de travaux originaux de valeur et témoignent de l'activité qui règne dans nos hôpitaux, comme dans nos laboratoires.

Veuillez agréer, etc. Dr Z....

Ecole du Service de Santé militaire de Lyon.

Cette Ecole, instituée par un décret du 25 décembre 1888, est établie près la Faculté de médecine de Lyon. Son but est d'assurer le recrutement des médecins de l'armée active, de seconder les études universitaires des élèves du service de santé et de les initier à la discipline et aux habitudes de la vie militaire. Les brillants résultats obtenus depuis deux ans et l'affluence des candidats au dernier concours démontrent l'utilité d'une fondation qui assure, au Ministre de la Guerre, M. de Freycinet, la reconnaissance de tout le corps de santé.

Les élèves se recrutent au concours parmi les étudiants en médecine pourvus de 4 inscriptions, ayant subi le premier examen de doctorat et âgés de moins de 22 ans au 1er janvier de l'année du concours qui a lieu aux mois de juillet et août. Le programme de ce concours est publié, chaque année, au *Journal officiel* et au *Bulletin militaire officiel*. L'école compte cette année 200 élèves ; elle en comprendra 220 l'année prochaine.

Le prix de la pension est de 1,000 fr. par an et celui du trousseau de 1,000 fr. ; des bourses, 1/2 bourses, trousseaux et 1/2 trousseaux peuvent être accordés aux élèves dont les familles sont incapables de subvenir à leur entretien à l'Ecole. Les élèves y continuent leurs études médicales au même titre que tous les autres étudiants et subissent leurs examens universitaires devant la Faculté de médecine. Ils doivent être pourvus du diplôme de docteur en médecine, au plus tard le 1er février de leur cinquième année d'études, époque à laquelle ils entrent à l'Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaires (Val-de-Grâce), pour y être initiés à la pratique spéciale de la médecine d'armée. En cas de double échec à un examen de doctorat ou de faute grave contre la discipline, les élèves sont renvoyés de l'Ecole et astreints à faire 3 ans de service comme soldats dans un régiment. Les jeunes docteurs passant au Val-de-Grâce prennent l'engagement de servir pendant six ans au moins comme médecins militaires, à partir de leur nomination au grade d'aide major de 2e classe.

Les élèves reçoivent à l'Ecole un complément d'instruction et d'initiation militaires, destiné à les familiariser de bonne heure avec les exigences de la carrière qu'ils ont choisie. L'équitation, l'escrime, les exercices militaires leur sont enseignés, des conférences d'allemand ont pour but de leur conserver et perfectionner les connaissances qu'ils ont acquises dans cette langue ; ils reçoivent des notions sur l'administration de l'armée et sur le service médical militaire ; enfin, à titre de délassement, des conférences de littérature et d'histoire leur sont faites, une fois par semaine, dans l'intérieur de l'Ecole, par des professeurs de la Faculté des lettres de Lyon.

Les élèves sont nommés et logés dans l'intérieur de l'Ecole ; ils suivent les cours, travaux pratiques et cliniques de la Faculté au même titre que les élèves civils ; ils se rendent librement à ces cours, mais leur présence est constatée par des appels avant les différents exercices. Le régime intérieur diffère peu de celui de l'Ecole polytechnique. La nouvelle école, en voie de construction, formera un magnifique et immense bâtiment, au voisinage immédiat de la Faculté, dont la dépense, supportée par la ville, dépassera trois millions de francs ; les travaux seront achevés au commencement de l'année 1892. En attendant, l'Ecole est provisoirement installée dans une partie parfaitement distincte de l'hôpital militaire Desgenettes, avec tout le confortable désirable. Les élèves sont considérés et traités comme élèves officiers ; leurs uniformes se rapprochent beaucoup de celui de l'Ecole polytechnique.

Le personnel médical de l'Ecole est composé de la façon suivante : *Directeur* : Dr Vallin, médecin inspecteur de l'armée, membre de l'Académie de médecine.

Sous-Directeur : Dr Viry, médecin principal de 2e classe, médecin-chef de l'hôpital militaire Desgenettes.

Major : Dr Martino, médecin-major de 1re classe.

Répétiteurs : Drs Catrin, physiologie et histologie ; Manquat, thérapeutique, hygiène et médecine légale ; Brousses, pathologie externe ; Mignon, médecine opératoire et accouchements ; Lemoine, pathologie interne ; Cahier, anatomie.

Les répétiteurs, du grade de médecin major, ont pour mission de seconder les élèves dans leurs études universitaires par des interrogations sur les matières traitées au cours de la Faculté, et, au besoin, par des conférences complémentaires. La surveillance est assurée par 5 aides-majors de 1re classe et par 6 adjudants sous-officiers appartenant à toutes les armes.

L'hôpital militaire Desgenettes est rattaché à l'Ecole sous le titre d'hôpital d'instruction ; le directeur de l'Ecole est en même temps le directeur de l'hôpital ; le sous-directeur en est le médecin-chef et les répétiteurs, chargés chacun d'un service de malades, initient, chaque matin, une partie des élèves aux éléments de la chirurgie avant de les envoyer aux cliniques de la Faculté. Les élèves de l'Ecole participent aux immenses ressources que la Faculté de médecine et les hôpitaux de Lyon mettent à la disposition des étudiants ; ses cliniques d'une grande richesse, des collections scientifiques, des laboratoires parfaitement outillés, des ressources anatomiques, uniques peut-être en France, tout démontre que la ville de Lyon était digne, à tous égards, de recueillir le pieux héritage de Strasbourg.

Les renseignements que nous avons reçus sur le fonctionnement de l'Ecole du service de santé sont très satisfaisants. Une promotion de cinquante élèves a passé les deux parties du troisième examen sans un échec ; un seul élève a été ajourné pour la deuxième partie de cet examen. Et cela ne vient pas d'une bienveillance particulière de la part des professeurs, car les élèves ont eu presque tous des notes supérieures à la moyenne ; plusieurs ont eu la note exceptionnelle et très rarement donnée à Lyon, de *très satisfait* ou *extrêmement satisfait*. La vérité est que les élèves de l'Ecole présentent une véritable sélection, puisque sur 300 candidats qui se présentent à l'Ecole, on en reçoit soixante ; il est présumable qu'on prend les meilleurs, malgré les chances de concours. D'autre part, ces élèves suivent tous les cours, exercices pratiques cliniques de la Faculté. Six répétiteurs leur font chaque jour des colles et des conférences sur les matières traitées aux cours ou nécessaires pour les examens, et les tiennent ainsi en état d'entrainement. Le soir, ils travaillent librement dans leurs études jusqu'à dix heures, avec des ressources de livres considérables.

BONNES OCCASIONS. — *Atlas d'anatomie descriptive* : Bonamy, Broca, Beau et Hirschfeld, figures coloriées, 350 planches coloriées, 6 vol. reliés maroquin, **190** fr. — *Le grand Atlas de* Bourgery, Claude Bernard, 726 planches coloriées, 8 vol. reliés maroquin, **400** fr. — Masse, *Petit atlas*, 113 planches coloriées, **15** fr. — *Atlas d'anatomie chirurgicale* : Paulet, 154 planches coloriées, 4 vol. reliés maroquin, **100** fr. — Béraud, 109 planches coloriées, 1 vol. relié, **65** fr. — Cuyer, *Atlas* colorié et découpé, 27 planches, 2 vol. reliés, **40** fr., chez **LEFRANÇOIS**, 9, rue Casimir-Delavigne, Paris.

BONNE OCCASION. — Sappey, *Anatomie, Myologie, Splanchnologie, Angéiologie, Névrologie, Sens*, etc. 3 vol. avec fig. color. chaque volume rendu franco net **5** fr. **50** ; G. Sée, *Diagnostic et traitement des maladies du cœur*, 1888, franco **4** fr. ; Nélaton, Péan, Desprès, *Pathologie chirurgicale*. 6 vol. avec fig., **25** fr., chez **LEFRANÇOIS**, 9, rue Casimir-Delavigne, Paris. — Dernières éditions.

OCCASION. — *Grands dictionnaires médicaux* : Jaccoud, 40 vol., **195** fr. ; Dechambre, 100 vol., **500** fr. — *Dictionnaires classiques* : Littré, **14** fr. ; Mathias Duval, **18** fr. ; Thomas, abrégé, **5** fr., dernières éditions chez **LEFRANÇOIS**, 9, rue Casimir-Delavigne, Paris.

© ANM

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX.

ANNÉE SCOLAIRE 1890-1891.

Cours.

Semestre d'hiver. (3 *novembre* — 15 *mars*.)

Anatomie : M. Bouchard. Organes génitaux et embryologie. Lundi, Mercredi et Vendredi, à 1 heure. — *Anatomie générale et histologie* : M. Viault. Histologie générale. Eléments anatomiques. Lundi, Mercredi, Vendredi, à 5 heures. — *Pathologie externe* : M. Azam. Les Maladies chirurgicales de la région mammaire, de l'abdomen, du bassin, de l'anus et du rectum et des organes urinaires. Mardi, Jeudi, Samedi, à 5 heures. — *Pathologie et thérapeutique générales* M. Vergely. Troubles dans les fonctions du système nerveux. Mardi, Jeudi, Samedi, à 5 h. 1/4. — *Thérapeutique* : M. de Fleury. Des principales médications fournies par le régime minéral. Mardi, Jeudi Samedi, à 2 h. 1/2. — *Médecine légale* : M. Morache : Questions soulevées par l'application du Code criminel. Les attentats contre les personnes (suite). Attentats à la pudeur. Infanticide. Avortement. Lundi, Mercredi, Vendredi, à 5 h. 1/4. — *Physique* : M. Bergonié. Mécanique animale. Electricité médicale. Optique physiologique. Mardi, Jeudi, Samedi, à 10 heures.

Semestre d'été. (6 *mars* — 31 *juillet*.)

Physiologie : M. Ferré, chargé de cours. Système nerveux. Mardi, Jeudi, Samedi, à 5 h. — *Pathologie interne* : M. Dupuy. Maladies de la moelle et les principales névroses. Mardi, Jeudi, Samedi, à 3 h. 3/4. — *Médecine expérimentale* : M. Jolyet. Circulation du sang. Lundi, Mercredi, Vendredi, à 5 heures. — *Hygiène* : M. Layet. Hygiène navale et intertropicale. Colonisation salubre. Mardi, Jeudi, Samedi, à 5 h. 1/4. — *Anatomie pathologique* : M. Coyne. Lésions pathologiques de l'appareil génito-urinaire, de l'appareil respiratoire et des organes de la circulation. Lundi, Mercredi, Vendredi, à 2 h. 1/2. — *Médecine opératoire* : M. Masse. Ligatures et amputations. Mardi, Jeudi, Samedi, à 2 h. 1/2. — *Chimie* : M. Blarez. Etude des principaux composés de la chimie organique au point de vue médical et pharmaceutique. Mardi, Jeudi, Samedi, à 10 heures. — *Histoire naturelle* : M. Guillaud. Etude des plantes médicinales par les Phanérogames. Lundi, Mercredi, Vendredi, à 10 heures. — *Matière médicale* : M. Perrens. Agents spéciaux des appareils : digestif respiratoire, circulation, lymphatique, génito-urinaire, utérin, etc. Lundi, Mercredi, Vendredi, à 1 h. — *Pharmacie* : M. Figuier. Généralités sur la préparation des médicaments généraux. Lundi, Mercredi, Vendredi, à 5 h.

Cliniques.

SEMESTRE D'HIVER.

Clinique médicale. M. Picot, hôpital Saint-André. Lundi, Mercredi, Vendredi, à 9 heures 1/2. — *Clinique chirurgicale*. M. Lanelongue, hôpital Saint-André. Mardi, Jeudi, Samedi, à 9 h 1/2. — *Clinique obstétricale*. M. Moussous, hôpital Saint-André. Mercredi, à 8 h. 1/2. — *Clinique ophthalmologique*. M. Badal, hôpital Saint-André. Lundi, Vendredi, à 8 h. 1/2.

SEMESTRE D'ÉTÉ.

Clinique médicale : M. Pitres, hôpital Saint-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, Samedi, à 8 heures. — *Clinique ophtalmologique*. M. Badal, hôpital Saint-André. Jeudi, à 8 h. 1/2.

Conférences et cours complémentaires.

SEMESTRE D'HIVER.

Maladies médicales des enfants : M. Moussous, hôpital des Enfants. Mercredi, Samedi, de 4 à 5 h. — *Maladies chirurgicales des enfants* : M. Piéchaud, hôpital des Enfants. Lundi, Vendredi, de 4 à 5 h. — *Maladies syphilitiques et cutanées* : M. Arnozan. Maladies vénériennes, hôpital Saint-Jean. Mardi, jeudi, 4 h. Consultations des maladies cutanées et syphilitiques (salle Raphaël). Lundi, Vendredi, 8 h. — *Maladies mentales* : M. N... — *Chimie* : M. Denigès. Etude des principaux composés de la chimie minérale au point de vue médical et pharmaceutique. Lundi, Mercredi, Vendredi, 10 h. — *Accouchements* : M. Rivière. Pathologie et thérapeutique de l'accouchement (Dystocie), de la délivrance et des suites de couches. Mardi, jeudi, samedi, à 1 heures. — *Histoire naturelle* : M. Nabias. Zoologie et cryptogamie médicales. Lundi, Mercredi, Vendredi, 1 h. — *Pathologie* : M. Boursier. Eléments de pathologie externe. Mardi, Jeudi, Samedi, 4 heures. — *Manœuvres obstétricales* : M. Rivière. Exercices pratiques sur le mannequin. Mercredi, de 2 à 3 h. 3/4. — *Minéralogie et Hydrologie* : M. Beille. Etude des minerais et des eaux minérales. Mardi, Samedi, 1 heure. — *Ophtalmologie* : M. N... Optométrie et ophtalmoscopie. Mercredi, 1 heure. — *Anatomie chirurgicale* : M. Villar. Principales régions du corps humain. Mardi, Jeudi. Samedi, 1 heure. — *Enseignement des élèves sages-femmes* : M. Rivière, 1re année. Cours complet d'Anatomie et de Physiologie. Mardi, Jeudi, Samedi, à 8 heures 1/2. 2e année. Cours complet d'accouchements. Lundi, Mercredi, Vendredi, à 8 heures 1/2.

SEMESTRE D'ÉTÉ.

Maladies médicales des enfants : M. A. Moussous, hôpital des Enfants. Mercredi, samedi, de 4 à 5 h. — *Maladies chirurgicales des enfants* : M. Piéchaud, hôpital des Enfants. Lundi, vendredi, de 4 à 5 h. — *Maladies syphilitiques et cutanées* : M. Arnozan. Maladies vénériennes, hôpital Saint-Jean. Mardi, jeudi, de 4 à 5 h. Consultations des maladies cutanées et syphilitiques (salle Raphaël). Lundi, vendredi, 8 h. — *Maladies mentales* : M. N... — *Physique* : M. Sigalas, Physique générale. Chaleur animale. Acoustique biologique. Mardi, Jeudi, samedi, 5 h. — *Pathologie* : M. Mesnard. Principales régions du corps humain. Mardi, jeudi, samedi, 2 h. 1/2. — *Histologie* : M. N... Structure des tissus et des organes. Lundi, mercredi, vendredi, à 1 h. — *Médecine opératoire* : M. Pousson. Bandages, appareils, petite chirurgie. Mardi, jeudi, samedi, de 3 h. 1/2 à 5 h. — *Séméiologie chirurgicale* : M. Dénucé. Exercices pratiques de diagnostic. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures. — *Séméiologie médicale* : M. Artigalas. Exercices pratiques de diagnostic. Mardi, jeudi, samedi, 2 h. 1/2. — *Microbiologie* : M. Dubreuilh. Procédés de recherche et de culture des microbes. Mercredi, vendredi, 5 h. 1/4. — *Ophtalmologie* : M. Lagrange. Optométrie et ophtalmoscopie. Lundi, 5 h. 1/4. — *Enseignement des élèves sages-femmes* : M. Rivière. 1re année. Anatomie et physiologie. Mardi, jeudi, samedi, à 8 h. 1/2. 2e année. Cours complet d'accouchement, Lundi, mercredi, vendredi, 8 h. 1/2.

Travaux pratiques obligatoires.

SEMESTRE D'HIVER.

Chimie médicale : M. Denigès, Médecine, conférences préparatoires. Samedi, à 1 h. Manipulations. Mercredi, samedi, 2 à 5 h. — *Histoire naturelle* : M. de Nabias. Médecine. Mardi, jeudi, 8 heures à 10 h. Pharmacie, 3e année. Mercredi, vendredi, 8 h. à 10 h. — *Chimie minérale et pharmacie* : M. Barthe, Pharmacie, 1re année : Conférences préparatoires. Mardi, samedi, à 1 h. — Manipulations. Mardi, mercredi, 2 h. à 5 h. — *Chimie organique analytique et toxicologie* : M. Barthe. Pharmacie, 2e année : Conférences préparatoires. Jeudi, samedi, à 1 h. ; Manipulations. Vendredi, samedi, 2 h. à 5 h. — *Anatomie* : M. N... Conférences. mardi, jeudi, samedi, à 1 h. Dissection. Tous les jours, de 2 h. à 5 h. — *Anatomie pathologique* : M. Coyne, directeur. Laboratoire d'anatomie pathologique. Lundi, vendredi, 1 h. à 2 h. 1/2.

SEMESTRE D'ÉTÉ.

Physique : M. Sigalas, Médecine. Lundi, mercredi, vendredi, de 7 à 10 heures. Pharmacie, 3e année. Mardi, jeudi, samedi, 2 heures à 5 h. — *Histoire naturelle* (botanique) : M. de Nabias. Médecine. Mardi, jeudi, de 8 à 10 heures. Pharmacie, 3e année Mercredi, vendredi, de 8 à 10 heures. — *Chimie minérale et pharmacie* : M. Barthe. Pharmacie, 1re année. Conférence préparatoire. Mardi, samedi, à 1 h. Manipulations. Mardi, mercredi, de 2 h. à 5 h. — *Chimie organique, analytique et toxicologie* : M. Barthe. Pharmacie, 2e année. Conférence préparatoire. Jeudi, samedi, à 1 h. Manipulations. Vendredi, samedi, de 2 à 5 h. — *Histologie* : M. Ferré. Laboratoire d'Histologie. Lundi, mercredi, vendredi, de 2 à 4 h. 1/2. — *Physiologie* : M. Rivals. Laboratoire de physiologie. Lundi, mercredi, vendredi, de 2 h. à 4 heures. — *Médecine opératoire* : M. N... Institut anatomique. Mardi, jeudi, samedi, de 1 h. à 2 h. 1/2. — *Anatomie pathologique* : M. Coyne, directeur. Laboratoire d'anatomie pathologique. Lundi, Mercredi, Vendredi, de 2 h. à 3 h. 1/2.

Professeurs honoraires : MM. Micé, Merget.

Cours de la Faculté des Sciences utiles à la préparation au 1er examen du doctorat en Médecine et aux examens de Pharmacie. — *Chimie organique* : M. Gayon, professeur, (Lundi, Vendredi, à 2 heures 1/2). — *Zoologie* : M. Pérez, professeur, (Vendredi et Samedi, à 8 h. 1/2 du matin). Fonctions de relation. — *Zoologie* : M. Kunstler, professeur adjoint. (Lundi, à 8 h. 3/4 du matin; Mardi, à 5 heures du soir). Arthropodes. — Mercredi, à 8 h. 3/4 du matin, Vertébrés. — *Botanique* : M. Millardet, professeur (Lundi et Vendredi, à 8 heures du soir). Etude de la cellule végétale. Cryptogames cellulaires. — *Botanique* : M. Rodier, maître de Conférences, (Mardi à 9 h.). Morphologie élémentaire de la tige et de la feuille. Fonctions végétatives de la plante. — *Géologie et Minéralogie* : M. Fallot, professeur. (Jeudi et Vendredi, à 5 heures du soir). Géologie dynamique ; pétrographie ; stratigraphie.

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. — *Prix de Médecine* : 1re *Année*. Médaille d'argent et 100 fr. de livres. 2e *Année*. Médaille d'argent et 100 de livres. 3e *Année*. Médaille d'argent et 185 fr. de livres. 4e *Année*. Médaille d'argent et 185 fr. de livres. Cha-

© ANM

cun des lauréats a droit, en outre, au remboursement des droits d'inscription afférents à l'année scolaire à laquelle se rapporte le concours. Des mentions honorables pourront être accordées en raison du nombre et du mérite des concurrents. *Prix du Conseil de la Gironde* : 300 fr. — *Prix Godard* des Thèses de l'année : Une Médaille d'or de 500 fr. ; Deux Médailles d'argent de 200 francs. Des Médailles de bronze. — *Prix Godard* de 2000 fr. Ce prix est attribué à l'auteur du meilleur mémoire inédit présenté sur l'un des trois sujets mis annuellement au concours. Ne sont admis à concourir que les docteurs en médecine ayant fait toutes leurs études à la Faculté et se trouvant dans les conditions d'âge indiquées dans le programme. — *Prix triennal Gintrac* de 1.290 fr. attribué en 1891 à l'auteur de la meilleure thèse de doctorat soutenue devant la Faculté pendant les années scolaires 1888-1889, 1889-1890, 1890-1891. — *Prix de Pharmacie* : 1re *Année*. Médaille d'argent et 30 fr. de livres. 2e *Année*. Médaille d'argent et 75 francs 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 2e année la dispense des droits d'inscription et des droits d'examen afférents à l'année suivante ; pour les lauréats de 3 année, la dispense des droits des deux premiers examens de fin d'études et des certificats d'aptitude correspondants. Des mentions honorables pourront être accordées en raison du nombre et du mérite des concurrents. *Prix du Conseil général de la Gironde*. 200 fr. *Prix Barbet*, 50 fr. *Prix des Travaux pratiques*. 100 fr. de livres au lauréat de chaque année d'études. *Prix de la Société de Pharmacie*. Pour les examens de validation de stage : Deux Médailles de vermeil.

Les *Inscriptions* seront reçues tous les jours, de 10 heures à midi du 25 octobre au 20 Novembre, et pour les trimestres de Janvier, Avril et Juillet, du 1er au 15 de ce mois. Les bacheliers reçus à la session de Novembre, les étudiants qui n'ont passé qu'en Octobre, Novembre les examens correspondant aux quatrième huitième et douzième 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 sera 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, de 10 h. à midi. La session de novembre sera ouverte aux dates ci-après : *Pharmacie*. Examens de fin d'année et de validation de stage, mardi, 4 novembre. Examens définitifs, vendredi, 7 novembre. *Officiat* : 1er Examen de fin d'année et *Doctorat*, 1er examen, mardi 4 Novembre. Les autres examens commenceront à partir du mercredi 4 novembre. Les *Cours* ont commencé le 5 Novembre. Les *Travaux Pratiques* commenceront le 14 Novembre.

Bordeaux, 29 octobre 1890.

Mon cher Rédacteur,

Selon votre désir, je m'empresse de vous faire connaître la situation de notre Faculté. Comme vous pourrez en juger, sa prospérité va toujours croissant, malgré des lenteurs inévitables.

Notre Faculté cessera d'être « municipale » le 1er novembre 1890 ; à partir de cette date, elle sera entièrement à la charge de l'Etat. Par la convention du 15 octobre 1879, la ville, qui avait installé les laboratoires et l'administration dans l'ancienne caserne Saint-Raphaël, s'était engagée à construire, pour les services de la médecine, la nouvelle Faculté de Saint-Julien et à aménager Saint-Raphaël pour les services de la pharmacie et des sciences accessoires.

Pour divers motifs, la seconde partie du traité n'a pu être exécutée. Nous ne devons en avoir aucun regret car, à l'heure actuelle, tout est arrangé pour le mieux. D'après un contrat récent, qui date du 6 octobre 1890, voici ce qui a été décidé :

Dans un délai de 4 ans, les sciences dites accessoires seront installées dans des locaux à construire sur l'emplacement de l'hôpital Saint-Jean, actuellement affecté au traitement des affections vénériennes.

Cet emplacement est d'autant mieux choisi qu'il est vaste et qu'il n'est séparé de la nouvelle Faculté que par une rue au-dessous de laquelle il sera facile d'établir un large passage faisant communiquer les deux bâtiments. Les malades de Saint-Jean doivent par suite être hospitalisés dans un autre bâtiment. La municipalité va faire construire, à cet effet, un nouvel hôpital *extra muros*, dans le voisinage de l'hospice général de Pellegrin et du nouvel asile d'aliénés (domaine de Picon).

Saint-Raphaël, après le transfert des laboratoires qui s'y trouvent maintenant, reviendra alors à la ville, mais à la condition qu'on y installera une policlinique qui comprendra : deux salles pour les maladies cutanées et syphilitiques, un service de 20 lits pour les maladies des femmes, un autre service de 20 lits pour les affections des voies génito-urinaires, deux salles pour les consultations spéciales et, sous réserve de l'approbation du ministre de l'intérieur, un service d'admission des aliénés. Enfin on aménagera une salle d'autopsie pour le service de la Faculté de médecine, des laboratoires pour les services de clinique, et de nouveaux amphithéâtres de chirurgie.

Voilà bien des innovations et des plus importantes car, pour ne parler que des autopsies, il était absolument impossible jusqu'à présent d'utiliser les sujets pour l'enseignement. Dorénavant, le professeur d'anatomie pathologique et les professeurs de cliniques pourront, à leur aise, en faire profiter les élèves.

On va se mettre immédiatement à l'œuvre, transférer le plus tôt possible les laboratoires de Saint-Raphaël et y installer les nouveaux services. Mais, pour ne pas perdre de temps, on a décidé qu'en attendant ces dispositions définitives, la plupart des cours spéciaux seront pourvus d'une consultation gratuite dans des locaux provisoires. Nous aurons donc, à partir du mois de novembre, une consultation des maladies cutanées et syphilitiques (1), des voies génito-urinaires, de gynécologie, de laryngologie, rhinologie, etc. En outre, un certain nombre de lits des salles de clinique recevront les malades de ces diverses catégories. Je m'empresse d'ajouter que les traitements des nouveaux maitres sont accordés par le ministre.

Comme je vous le disais, nous n'avons rien à regretter de de la non exécution des engagements de la première convention, puisque nous aurions été privés pour longtemps de la policlinique, de l'amphithéâtre d'opérations et d'autopsies qui compléteront l'outillage scientifique de la Faculté de Bordeaux.

Vous savez que nous possédons l'*Ecole principale de Médecine navale*. L'inauguration en est fixée au 5 novembre. Elle sera présidée par le préfet maritime accompagné de M. le Dr Duplouy, directeur du service de santé de la marine de l'arrondissement de Rochefort. L'Ecole a été installée provisoirement dans l'ancien asile des aliénés, cours Saint-Jean. Nous nous servons du mot provisoirement presque à regret, car l'aménagement des locaux est absolument *irréprochable* à tous les points de vue. Je tiens à vous fournir quelques détails de manière à vous en donner une idée.

L'entrée principale, située cours Saint-Jean, donne accès dans la cour d'honneur au fond de laquelle se trouve l'entrée destinée aux élèves et la façade d'un premier bâtiment où sont réunis au rez-de-chaussée les bureaux de l'administration et le parloir ; au premier, le logement du directeur et du sous-directeur. Les cuisines et les dépendances sont dans un corps de logis perpendiculaire au précédent.

En traversant le premier bâtiment, on arrive dans la cour de l'administration entourée de constructions de tous côtés. A gauche, au rez-de-chaussée, les réfectoires munis de larges tables de marbre. Au premier étage, les logements des officiers de service. A droite, les magasins ; au fond de ladite cour et, au rez-de-chaussée, salles d'escrime, de jeu, bibliothèque, lingerie et bureaux du vaguemestre. Au sud du dernier bâtiment que je viens de décrire, d'immenses cours et jardins ombragés sont affectés aux élèves. Au fond des cours, trois vastes constructions parallèles entre elles et perpendiculaires à celles du devant, contiennent huit salles d'étude, quatre salles de répétitions, les vestiaires et les locaux disciplinaires au rez-de-chaussée ; le premier étage comprend les dortoirs et l'infirmerie. Enfin, dans une des parties de la cour du fond, se trouve le pavillon des water-closets.

Ce que je tiens à vous faire remarquer, c'est l'aménagement très confortable des divers locaux. Ainsi, dans les salles d'étude, chaque élève a sa table-financière et un casier fixé au mur ; au milieu de chaque dortoir, des tables-lavabos en marbre, avec cuvette à bascule, dans lesquelles aboutit un robinet d'eau de la ville. La garniture des lits est parfaite. Si j'insiste sur ces détails, c'est autant pour vous donner une idée juste de l'établissement que pour rendre un hommage

(1) Cette consultation fonctionne déjà depuis deux ans.

© ANM

public à notre municipalité qui, elle, ne connait ni les faux fuyants, ni les demi-mesures. M. le ministre de la marine doit s'en féliciter et ne pas s'inquiéter de l'Ecole définitive dont la construction sera commencée au mois de février 1891.

Dans nos précédentes correspondances, nous vous avons dit un mot du Jardin botanique de la Faculté. Cette année, je puis vous en parler plus longuement.

L'emplacement, situé à 3 kilomètres de Bordeaux, mesure 24,400 mètres carrés. Il est limité par un cours d'eau et par la place de la mairie, où donnent les divers bâtiments tout à fait terminés et aménagés. Ils se composent de trois corps de logis, un central et deux latéraux.

Le pavillon central est le laboratoire du directeur. L'éclairage, en particulier, est des meilleurs pour les travaux microscopiques. Le pavillon de gauche contient l'orangerie avec de larges baies vitrées, au rez-de-chaussée ; au premier, l'herbier et la grainerie. Le pavillon de droite est destiné à l'habitation du jardinier-gardien. Entre ce pavillon et le laboratoire du directeur est réservé un terrain tout prêt à recevoir des serres du modèle adopté pour les jardins modernes et suivant les exigences de la science actuelle.

Ces bâtiments, situés sur la même ligne, sont séparés des terrains de culture par un grand et beau bassin rectangulaire, destiné à le culture des plantes aquatiques.

De l'autre côté du bassin s'étend le champ de culture dont les massifs, tracés avec un art exquis, répondent aux nécessités de la pratique.

Le musée d'anatomie a été transféré de l'ancienne Ecole Saint-Côme à Saint-Julien. Placé à côté de la bibliothèque, il reçoit un excellent éclairage et se compose de deux pièces : l'une très grande, l'autre de dimensions moindres.

En deux mots voici le système adopté : Imaginez-vous de vastes vitrines, relativement peu élevées, beaucoup plus longues que larges, toutes isolées et séparées les unes des autres par des allées qui permettent de circuler tout autour.

Chacune d'elles se compose de plusieurs étagères en cristal sur lesquelles sont rangées les pièces. Celles-ci, alignées et adossées les unes aux autres dans le sens de la longueur des vitrines, ont été groupées méthodiquement. C'est ainsi qu'on a fait une vitrine d'ostéologie normale (squelettes entiers, crânes, bassins, os), une vitrine de superbes moules d'écorchés, dont les masses musculaires sont remarquablement dessinées et isolées ; une vitrine d'ostéologie pathologique ; un quatrième compartiment renferme des pièces pathologiques qui baignent dans des bocaux remplis d'alcool.

Le grand axe des quatre vitrines est dirigé suivant la longueur de la salle, au milieu de laquelle on a disposé d'autres vitrines semblables perpendiculaires aux précédentes et parallèles entre elles. On y a mis des moules de maladies cutanées et syphilitiques, de gynécologie et obstétrique, d'embryologie, des yeux, du larynx et des oreilles, des voies génito-urinaires, du système nerveux, enfin des pièces sèches. La petite salle est à peu près disposée de la même manière, mais on attend encore les pièces qui doivent y être placées.

Je terminerai cette longue énumération de progrès en vous disant que, sur la proposition de notre excellent doyen, le professeur Pitres, un cours de bactériologie a été professé pendant le semestre d'été, avec une rare compétence, par un agrégé distingué de notre Faculté, le Dr William Dubreuilh. Son enseignement ne s'est pas borné à des cours théoriques. Aidé de deux moniteurs bénévoles, le professeur a institué des travaux pratiques pendant lesquels les élèves, divisés en séries, ont fait des préparations de microbiologie, des inoculations et des autopsies d'animaux.

Le Laboratoire de culture, parfaitement organisé, a été établi dans une dépendance du Laboratoire d'hygiène, grâce à la bienveillance de M. le professeur Layet.

Voilà bien des desiderata comblés, mais il en reste encore quelques-uns qu'il me suffira de vous signaler pour que l'autorité supérieure, dont la sollicitude pour notre Faculté ne s'est jamais démentie, s'en préoccupe à l'avenir.

L'insuffisance du nombre des membres du corps enseignant des sciences accessoires est manifeste. Une seconde chaire de chimie et un agrégé correspondant ne seraient pas de trop, vu le nombre considérable et toujours croissant des élèves de première année de médecine et des étudiants en pharmacie.

Encore un désidératum. Vu l'insuffisance du nombre des agrégés des sciences physiques et naturelles, on a été obligé de faire appel à un professeur libre, pourvu du diplôme supérieur de pharmacie, pour faire le cours de minéralogie et d'hydrologie, dont les matières sont demandées dans les examens définitifs de pharmacie.

Des distinctions honorifiques ont été accordées à plusieurs professeurs. M. Vergely a été nommé chevalier de la Légion d'honneur. Cette récompense, à laquelle tout le monde a applaudi, et nous tout particulièrement, s'adresse à un maitre aussi savant que modeste et dévoué. MM. les agrégés Rondot et Piéchaud ont reçu les palmes d'officier d'Académie, juste récompense de leur dévouement envers les élèves.

Le corps enseignant de la Faculté a subi les mutations suivantes : M. le Dr Bergonié, agrégé de physique, nommé professeur titulaire de cette chaire, en remplacement de M. le professeur Merget, admis à faire valoir ses droits à la retraite. M. le Dr Ferré, chargé du cours de physiologie pour le semestre d'été, la chaire n'ayant pas de titulaire depuis la mort de M. le professeur Oré. M. le professeur Jolyet a demandé à l'occuper. La Faculté a donné un avis favorable. — Que deviendra alors la chaire de médecine expérimentale ? Sera-t-elle supprimée pour être remplacée par une chaire de bactériologie? On en parle fortement. — MM. les Drs Arnozan et Boursier, dont le temps d'agrégation expirait en novembre 1889 ont été maintenus en exercice, le cadre des agrégés de médecine et d'anatomie étant incomplet ; M. le Dr André Moussous a été nommé, pour l'année 1889-90, chargé du cours complémentaire de clinique interne des maladies des enfants, en remplacement de M. le Dr Rondot, dont la période d'agrégation a pris fin le 1er novembre 1889 ; MM. les Drs Rivière et Denigès, agrégés, ont été chargés des cours complémentaires d'accouchements et de chimie minérale. Ces quatre agrégés sont maintenus dans les mêmes fonctions pour 1890-91. M. le Dr Villar, agrégé de chirurgie, a été chargé pour l'année 1889-90 des fonctions de chef des travaux anatomiques dont le poste restait vacant par suite de la nomination de M. le professeur agrégé Planteau à l'Ecole de médecine d'Alger. — Les travaux pratiques de physiologie du semestre d'été ont été confiés à M. le Dr Rivals, ancien chef de clinique médicale.

Les concours ouverts à la fin de l'année dernière pour le remplacement du prosecteur et des aides d'anatomie se sont terminés par la nomination de M. Daraignez, pour 3 ans, et de MM. Barret de Nazaris et Regnier, pour 2 ans.

Concours de Clinicat : Ont été nommés chefs de clinique pour 2 ans à dater du 1er novembre 1890 : Clinique médicale : MM. les Drs Martin du Magny et Emile Bitot, en remplacement de MM. les Drs Auché et Blanc-Hontenille, dont le temps d'exercice est expiré. — Clinique obstétricale : M. le Dr Oui, en remplacement de M. le Dr Chaleix, dont le temps d'exercice est expiré. — Sont nommés chefs de clinique adjoints : MM. les Drs Pierre Chabrely (médecine) et Audebert (obstétrique).

Nombre des etudiants ayant accompli un acte à la Faculté pendant l'année scolaire 1889-1890.

Doctorat	405	
Officiat	39	
Pharmacie 1re classe	70	
— 2e classe	105	
Sages-femmes de 1re classe	40	
— 2e classe	»	
Herboristes 1re classe	2	
— 2e classe	»	
Doct., off., pharm. 1re et 2e classe en scolarité interrompue	72	
	733	733

Inscriptions.

Doctorat	776	
Officiat	104	
Pharmacie 1re classe	199	
— 2e classe	286	
	1.365	1.365

© ANM

Examens de tous grades.

Examens de fin d'année :		
Officiat	21	
Pharmaciens de 1re classe	54	
— 2e classe	73	
	145	145
Validation de stage de 1re classe	35	
— de 2e classe	41	
	76	76

Examens probatoires.

Doctorat	843	
Officiat	19	
Diplôme supérieur de 1re classe	2	
Pharmaciens de 1re classe	104	
— 2e classe	97	
Sages-femmes de 1re classe	83	
— 2e classe	»	
Herboristes de 1re classe	2	
— 2e classe	»	
	1.150	1.150
Total des examens		1.371

Nombre de Thèses.

Thèses soutenues	60

Diplômes conférés.

Docteurs en médecine	60	
Officiers de santé	6	
Diplômes supérieurs de pharmacie de 1re classe	2	
Pharmaciens de 1re classe	25	
— 2e classe	20	
Certificats d'aptitude, sages-femmes 1re classe	40	
— 2e classe	»	
Herboristes de 1re classe	2	
— 2e classe	»	
	155	155

78 élèves des Ecoles préparatoires sont venues subir des examens à la Faculté.

Ecole principale du Service de santé de la marine.

	DOCTORAT.
Nombre des élèves déjà nommés pour entrer en 2e et 3e années	94
Nombre des élèves qui pourront être admis à l'Ecole, après avoir subi avec succès, en octobre ou novembre 1890, le 1er examen de doctorat et qui entreront en 2e année	38
Nombre des élèves de 4e et 5e années qui sont déjà en cours d'examen à la Faculté ou qui vont être inscrits par ordre sur les registres de l'Ecole de Bordeaux	73

Vous souvient-il, mon cher Rédacteur, des idées que vous avez exposées devant nous, dans une circonstance qu'il nous est toujours agréable de rappeler (votre voyage lors de l'inauguration de notre Faculté de médecine) *sur la décentralisation*. Nous avons marché dans la voie du progrès, grâce à nos richesses scientifiques, grâce au bon vouloir de la municipalité, grâce au zèle du corps enseignant et au dévouement de l'administration de la Faculté.

Il ne nous sied pas d'établir un parallèle entre les résultats obtenus par les diverses Facultés de province. Loin de nous l'idée de récriminer sur les déterminations prises en haut lieu à propos de l'installation de l'Ecole de santé militaire. L'avenir seul sera juge.

Amplement dédommagés par l'Ecole principale de médecine navale, nous sommes persuadé que notre centre scientifique se développera de plus en plus, et que les élèves de Bordeaux, réputés à juste titre pour leur bonne tenue et leur travail, sauront, grâce aux ressources exceptionnelles qu'on leur fournit, conserver le rang qu'ils ont toujours occupé.

Nous croirions manquer à notre devoir si nous ne signalions leur conduite lors de la formation du cordon sanitaire des Pyrénées (épidémie de choléra 1890). Aux premières nouvelles, un grand nombre d'entre eux, la plupart sachant le basque ou l'espagnol, tous munis d'une instruction sérieuse, l'Association des étudiants et les internes des hôpitaux en tête, ont demandé à occuper des postes frontières, facilitant ainsi la tâche de leur affectionné doyen.

Veuillez agréer, mon cher Rédacteur, l'assurance de mes sentiments distingués et dévoués. Dr E. B.

Nous devons signaler à nos lecteurs une excellente mesure prise par notre ami, M. le professeur Pitres, doyen de la Faculté de Bordeaux. En mai 1889, il a fait expédier aux bibliothèques d'internat des principaux hôpitaux et hospices de Paris, 2648 exemplaires disponibles de thèses soutenues depuis la création (1878-1888), savoir : Salpêtrière, 414; Bicêtre, 389; Saint-Louis, 347; Tenon, 307; Saint-Antoine, 273; Lariboisière, 227; Hôtel-Dieu, 81; Beaujon, 85; Charité, 118; Pitié, 92; Necker, 64; Enfants-Malades, 68; Enfants-Assistés, 65; Trousseau, 51; Cochin, 67.

Ce généreux envoi a pu être fait grâce à l'obligeance des professeurs qui renvoient à l'administration de la Faculté les thèses qui ne les intéressent pas particulièrement. C'est là un exemple qui mérite assurément d'être suivi.

Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie d'Alger.

Directeur : M. TEXIER.

Chaires magistrales.

Anatomie : M. TROLARD. — *Histologie et anatomie pathologique* : M. PLANTEAU. — *Physiologie* : M. REY. — *Pathologie interne* : M. TEXIER. — *Pathologie externe* : M. VINCENT. — *Thérapeutique* : M. A. BOURLIER. — *Hygiène et médecine légale* : M. SÉZARY. — *Clinique médicale* : M. GROS. — *Clinique chirurgicale* : M. BRUCH. — *Clinique obstétricale et gynécologique* : M. MERZ. — *Histoire naturelle* : M. TRABUT. — *Chimie et toxicologie* : M. MALOSSE. — *Pharmacie*, M. BATTANDIER. — *Physique* : M. GUILLEMIN. — *Matière médicale* : M. HÉRAIL, professeur suppléant. — *Maladies des pays chauds* : M. Alcide TREILLE, professeur suppléant.

Cours complémentaires de clinique.

Maladies syphilitiques et cutanées : M. GÉMY. — *Maladies des enfants* : M. CAUSSANEL.

Professeurs suppléants.

Chaires d'anatomie et physiologie : M. RAMAKERS. — *Chaires de pathologie et de clinique internes* : M. X..... — *Chaires de pathologie et de clinique externes* : M. N... — *Chaire d'histoire naturelle* : M. SOULIÉ. — *Chaire de pharmacie et matière médicale* : M. FLEURY. — *Chef des travaux anatomiques* : M. DESHAYES. — *Chef des travaux chimiques* : M. GRIMAL. — *Chefs de clinique* : MM. COCHEZ (médecine); SABADINI (chirurgie); DENIS (obstétrique). — *Préparateurs* : MM. LABBÉ (prosecteur d'anatomie); HAFFNER (aide d'anatomie), CHALANÇON (préparateur de physiologie; ROLLAND (préparateur de chimie), RAYNAUD (préparateur d'histoire naturelle), DUMAIN (préparateur de pharmacie et matière médicale), ABD-EL-KADER-OULD-BOUZIAN, préparateur d'histologie et d'anatomie pathologique; BELLOT, préparateur d'hygiène.

Services hospitaliers. — L'hôpital possède 800 lits répartis en onze services, dont cinq sont affectés aux différentes cliniques. Voici quelques renseignements sur ce qui s'est passé dans ces services pendant l'année 1889-1890.

Clinique médicale. — Un pavillon de 40 lits plus des cabinets (pavillon Trousseau) est affecté au service des hommes; les femmes occupent la moitié du pavillon Bichat, 20 lits et des cabinets. — Pendant l'année scolaire, 468 malades (129 femmes et 339 hommes ont été traités dans ces salles.

Clinique chirurgicale. — Le pavillon Dupuytren, 40 lits avec cabinets est affecté aux hommes; des femmes occupent une salle de 20 lits et des cabinets dans le pavillon Bichat; cette année, ce service a reçu 380 malades (250 hommes, 130 femmes). Il a été pratiqué 147 opérations importantes.

Clinique obstétricale. — Ce service occupe le pavillon Dubois, composé d'une salle de 26 lits pour les femmes grosses; une autre de 16 lits avec berceaux pour les accouchées, cabinets d'isolement, salle d'accouchement, etc. Pendant l'année, il a été admis 406 femmes et pratiqué 420 accouchements, dont 95 normaux et 25 ayant nécessité une intervention.

Clinique des maladies syphilitiques et cutanées. — Ce service comprend 77 lits de vénériens et 32 pour les maladies de la peau. Ce service a reçu, cette année, 600 malades ainsi répartis : 166 maladies cutanées; 434 syphilitiques, dont 186 indigènes.

Clinique des maladies des enfants. — Ce service, installé dans le pavillon Guersant, comprend deux salles de 40 lits chacune, il y a été admis 380 malades (145 filles, 235 garçons). Les chefs des autres services, médecins et chirurgiens, sont pour la plupart professeurs à l'Ecole. Les étudiants y trouvent aisément un enseignement pratique sur toutes les branches de la pathologie. Le service médical de cet établissement comprend, en outre, 12 internes en médecine, 7 internes en pharmacie et 10 externes, nommés au concours. Le traitement des internes est fixé comme il suit :

© ANM

Internes de 1re classe, 1,200 fr.; — internes de 2e classe, 1,000 fr.; — provisoires, 800 fr. Les concours pour l'internat et l'externat ont lieu chaque année, au mois de novembre ; pour être admis à concourir pour l'internat, il faut justifier d'une année d'externat dans un hôpital ou de deux années de stage hospitalier.

Prix Poisson. — Ce prix, remis à la séance de rentrée des Ecoles, est institué pour les internes en médecine de 3e année ; il consiste en une médaille d'argent et une somme de 150 fr. ; le lauréat est, en outre, prorogé d'une année dans ses fonctions et nommé de 1re classe.

Anatomie. — Le nombre des sujets, pour les travaux pratiques d'anatomie, est de 150 environ pour le semestre d'hiver (dissections) et de 70 environ pour celui d'été (exercices pratiques de médecine opératoire). Les dissections ont lieu tous les jours, sous la direction du chef des travaux anatomiques, du prosecteur et de l'aide d'anatomie ; les élèves sont munis d'un carnet sur lequel sons inscrites les préparations faites par chacun d'eux pendant le courant du semestre. Les exercices de médecine opératoire ont lieu deux fois par semaine, pendant le semestre d'été, sous la direction du professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique externes.

Chimie. — Les travaux pratiques ont lieu du 15 novembre au 30 juin, sous la surveillance du chef des travaux et du préparateur. Les élèves sont divisés par groupes, et manipulent chacun deux fois par semaine : Les élèves divisés par groupe de deux manipulent trois fois par semaine, lundi, mardi, mercredi, de 1 heure à 4 heures ; il est tenu note des absences.

Physique. — Ces travaux pratiques auxquels sont astreints les élèves en médecine de l'année et les élèves en pharmacie de l'année ont lieu chaque jeudi de 2 à 4 heures, sous la direction du chef des travaux et du préparateur. Ils durent toute l'année.

Histoire naturelle. — Les élèves sont exercés à faire une série de préparations botaniques et zoologiques, qu'ils reproduisent ensuite par le dessin Pour les études botaniques, ils font un emploi presque constant du microscope et acquièrent ainsi l'habitude du maniement de cet instrument. Ces travaux ont lieu sous la direction du professeur titulaire et du suppléant.

Pharmacie et matière médicale. — Les trauaux ont lieu deux fois par semaine, sous la direction du professeur suppléant. Les élèves en pharmacie de 2e et de 3e année y sont seuls admis. Ils sont répartis par groupes de deux, disposant d'une table et d'un microscope, ayant à leur disposition les instruments du laboratoire : chambre claire, microtome, etc. Ils doivent se fournir de rasoirs, crayons, papier à dessin, car toutes les préparations sont dessinées, et les élèves habitués au maniement de la chambre claire.

Bibliothèque universitaire. — Ouverte tous les jours.

Jardin botanique médical. — Au camp d'Isly. — *Musée d'anatomie normale et pathologique.* — Salle des collections anatomiques. — *Collection d'histologie normale et pathologique.* — Au laboratoire. — *Droguier.* — Salle de collections de matières médicales. — *Collection d'histoire naturelle* (Zoologique et Botanique). — Au laboratoire d'histoire naturelle. — Le nombre des étudiants en médecine est de 64 et celui des étudiants en pharmacie de 32 ; total 96.

Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille.

Directeur : M. le Dr J. Chapplain.

Professeurs honoraires : MM. Roberty, Girard et Sirus-Pirondi.

Semestre d'hiver 1890-1891.

Les cours ont lieu, à partir du 3 novembre, dans l'ordre suivant.

Cours annuels. — Cliniques.

Cliniques médicales : MM. Villard, professeur, Laget, professeur, tous les jours à l'Hôtel-Dieu, à 8 h. du matin. Etudiants en médecine de 3e et 4e année.

Cliniques chirurgicales. — MM. Combalat et Villeneuve, 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, lundi, mercredi, vendredi, à 11 h. du matin. Etudiants en médecine de 4e année.

Une leçon sera faite aux étudiants de 1re année, le mercredi, à 9 h. du matin, à l'Ecole, sur les bandages, la petite chirurgie et le maniement des instruments de diagnostic.

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 ; M. 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.)

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 médicale. — 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.

Chimie médicale. — M. Rietsch, professeur. Lundi, mardi, mercredi, à 11 h. du matin, étudiants en médecine de 1re année, 4 h. 1/2 du soir, étudiants en pharmacie.

Médecine légale. — M. Fallot, professeur. Mardi, jeudi, samedi, à 4 h. du soir. Etudiants en médecine de 4e année.

Pharmacie. — M. Domergue, chargé de cours. Jeudi, samedi, à 11 h. du matin. Vendredi, à 2 h. de l'après-midi. Etudiants en pharmacie.

Accouchements. — M. Benet, professeur suppléant. Mercredi, vendredi, à 4 heures du soir, étudiants en médecine de 3e et 4e année.

Hygiène. — M. Laplane, professeur suppléant. Lundi, vendredi, à 5 h. 1/2. Etudiants en médecine de 4e année.

Travaux pratiques. — Dissections.

M. Rampal, professeur, fera les mardis et samedis à 3 heures, des conférences sur l'Ostéologie et la Syndesmologie.

M. Alezais, chef des travaux anatomiques, fera, les lundi et vendredi, à 11 heures du matin, des conférences sur l'embryologie.

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. Alezais, chef des travaux anatomiques, de M. Pantaloni, prosecteur, et de MM. Belugou et Rathelot, 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 ont été 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.

Semestre d'été 1888-1889.

Pathologie externe. — M. Chapplain, professeur. Mardi, jeudi, samedi, à 11 heures du matin. Etudiants en médecine de 2e, 3e et 4e année.

Histoire naturelle (botanique). — M. Bouisson, professeur. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures. Etudiants en médecine de 1re année et étudiants en pharmacie.

Physiologie. — M. Livon, professeur. Lundi, mercredi, vendredi, à 11 heures du matin. Etudiants en médecine de 2e et 3e année.

Thérapeutique. — M. Roux (de Brignoles) père, professeur. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures du soir. Etudiants en médecine de 3e et 4e année.

Anatomie pathologique. — M. Nepveu, professeur. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures du soir. Etudiants en médecine de 3e et 4e année.

Toxicologie et hydrologie. — M. Domergue, professeur suppléant. Mercredi, vendredi, à 11 heures du matin. Etudiants en médecine de 4e année et étudiants en pharmacie.

Histoire naturelle (zoologie). — M. Gourret, professeur suppléant. Mardi et vendredi, à 3 heures du soir. Etudiants en médecine de 1re année et étudiants en pharmacie.

Chimie organique. — M. Berg, professeur suppléant. Mardi, jeudi à 4 heures 1/2 du soir. Etudiants en médecine de 1re année et étudiants en pharmacie.

Médecine opératoire. — M. Roux (de Brignoles) fils, professeur suppléant. Mercredi, vendredi, à 5 heures du soir. Etudiants en médecine de 3e et de 4e année.

Cours sur fonds de concours. — *Bactériologie.* — M. Rietsch, chargé de cours.

COURS LIBRE.

Pathologie de la grossesse, dystocie. — M. Queirel, ancien professeur suppléant, Mardi, samedi, à 5 heures du soir. — Les travaux pratiques obligatoires seront faits suivant l'ordre déterminé par le règlement intérieur.

Marseille, le 31 octobre 1890.

Mon cher rédacteur en chef,

L'Ecole de Marseille a distribué, dans le courant de l'année scolaire 1889-90, 680 inscriptions. La proportion des aspirants au doctorat a augmenté, contrairement aux officiers de santé, dont le nombre continue à diminuer chaque année. Les étudiants pour le doctorat sont particulièrement nombreux dans les deux premières années. Mais plus tard, alors que la période

© ANM

des examens de fin d'étude s'approche, ils abandonnent l'Ecole pour aller auprès de leurs examinateurs futurs, et perdent ainsi l'avantage de nos nombreux services hospitaliers et de la variété incessante des malades qu'ils contiennent.

Quelques faits importants ont signalé l'année 1889-90. En première ligne, il y a lieu de mentionner la modification que l'Administration des hôpitaux a consenti à apporter dans l'époque des concours de l'internat et de l'externat. Alors que ces concours avaient lieu fin décembre, le premier trimestre de l'année scolaire était annulé pour ceux des étudiants se préparant à en subir les épreuves. Ils auront lieu cette année à la fin d'octobre.

La municipalité a accordé à l'Ecole un local où ont pu être installés deux laboratoires, l'un pour l'anatomie pathologique, l'autre pour l'histologie. Ces deux laboratoires ont été outillés convenablement. Cette installation nouvelle a porté ses fruits et l'on a vu ces deux laboratoires fréquentés par beaucoup d'élèves se livrant spontanément aux études micrographiques.

L'exiguité des locaux de l'Ecole a entraîné une modification importante dans l'enseignement de la chimie. En effet, une des conditions les plus désavantageuses des institutions mixtes de médecine et de pharmacie est de soumettre au même enseignement des sciences physiques les deux classes d'élèves, dont les uns ont trois ans à consacrer à ces études, alors que les autres doivent voir les mêmes matières dans un an. Sur la demande du directeur, la municipalité a consenti à allouer une indemnité au professeur et au suppléant de chimie afin que le cours soit dédoublé et qu'il y ait un enseignement distinct pour les étudiants en médecine.

Les cours théoriques sont délaissés, surtout par les aspirants au doctorat sur lesquels l'Ecole n'a qu'un moyen d'action qui serait la privation d'inscriptions, mais ce moyen n'est pas pratique quand il s'adresse à toute une classe d'étudiants. Il serait, de plus, injuste, car les mêmes élèves, qui se soustraient aux cours théoriques, fréquentent assidûment les cliniques et les hôpitaux.

La situation serait différente si Marseille obtenait une Faculté de médecine. La crainte des examens rapproche les étudiants de leurs maîtres qui doivent être leurs examinateurs. De plus, les immenses richesses que possède Marseille pour l'enseignement médical et qui sont aujourd'hui perdues, seraient utilisées par une Faculté.

Plusieurs des branches de la médecine, qui trouveraient chez nous des cliniques richement dotées, ne sont pas enseignées. Les maladies de la peau, du larynx, des femmes, des organes génito-urinaires, etc..., auraient leur clinique et le niveau des connaissances médicales en serait considérablement relevé.

La situation de Marseille sur les bords de la Méditerranée, les nombreux rapports du commerce dans tous les pays du monde assureraient à la Faculté une population d'étrangers dont profitent les universités riveraines de la même mer. C'est là une perte incontestable pour l'influence de la France au dehors. La question de la Faculté de médecine de Marseille intéresse la région Sud-Est par les ressources qu'elle aurait pour l'enseignement, mais c'est de plus une question d'intérêt national.

Veuillez agréer, etc., Dr Z...

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 comprend les départements de la Loire-Inférieure, de la Vendée, des Deux-Sèvres, de la Charente et de la Charente-Inférieure.

Année scolaire 1890-1891.

Semestre d'hiver. *Du 3 novembre au 1er avril.*

Anatomie : Tous les jours, à midi 1/4. Professeurs, MM. Joubin ; Rouxeau, prof. suppl. (mercredi et vendredi). — *Chimie organique :* 1er février au 1er avril ; *Chimie minérale :* 1er novembre au 1er février : Tous les jours, à 1 h. 1/4. Professeurs, MM. Andouard ; Lefèvre, prof. suppl. (mardi, jeudi, samedi, à 1 h.). — *Physique :* Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures 1/2. Professeur, M. Leduc. — *Matière médicale :* Mardi, jeudi, samedi à 5 h. M. Ménier. — *Pathologie chirurgicale :* Mardi, jeudi, samedi, à 4 h. M. Montfort. — *Hygiène et médecine légale :* Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures, M. Bertin, délégué. — *Accouchements :* Lundi, mercredi, vendredi, à 4 h., M. Guillemet. — *Gynécologie :* Madi, samedi, à 5 h., M. de Larabrie, prof. suppl. — *Clinique médicale :* Lundi, mercredi, vendredi, à 8 h., M. Trastour. — *Clinique chirurgicale :* Mardi, jeudi, samedi, de 8 à 11 h., M. Heurtaux. — *Clinique obstréticale :* Lundi, mercredi, vendredi, à 4 h., M. Guillemet. — *Clinique ophtalmologique :* Tous les jours à l'Hôtel-Dieu, à 1 h. M. Dianoux. — *Travaux anatomiques* (Dissection) : Tous les jours à 2 h., Lebat, chef des travaux. — *Travaux pratiques de chimie* (étudiants en médecine) : Mardi, jeudi, samedi, de 8 à 11 h., M. Allaire, chef des travaux. — *Travaux pratiques de chimie* (étudiants en pharmacie) : Lundi, mercredi, vendredi, de 2 h. 1/2 à 5. 1/2., Boutron, prof. suppl. — *Travaux pratiques de petite chirurgie :* En décembre et janvier, mercredi, vendredi, à 3 h , M. Bellouard, chef de clinique chirurgicale.

Semestre d'été. *Du 1er avril au 31 juillet.*

Pharmacie et toxicologie : Lundi, mercredi, vendredi, à 1 heure. Professeurs, M. Fleury. — *Chimie biologique :* Lundi, mercredi, vendredi, à 1 h., M. Andouard. — *Physiologie :* Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures, M. Laennec. — *Histologie et anatomie pathologique :* Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures. M. A. Malherbe. — *Histoire naturelle médicale :* Mardi, jeudi, samedi, 1 h. M. Bureau. — *Thérapeutique :* Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures, M. Chartier. — *Pathologie médicale :* Mardi, jeudi, samedi, à 2 h., M. Viaud-Grand-Marais. — *Médecine opératoire. Bandages et appareils :* Mardi, jeudi, à 5 heures, M. Boiffin, prof. suppl. — *Médecine légale :* Mercredi, samedi, à 5 heures, M. Ollive, prof. suppléant. — *Clinique médicale :* Lundi, mercredi, vendredi, de 8 à 11 h., M. Hervouet, délégué. — *Clinique chirurgicale. :* Mardi, jeudi, samedi, de 8 à 11 heures. M. Chenantais. — *Clinique obstétricale :* Lundi, mercredi et vendredi, à 4 heures, M. Guillemet. — *Clinique ophthalmologique :* Mardi, jeudi, samedi, à 1 h., M. Dianoux. — *Travaux pratiques* (anatomie pathologique) : Mardi, samedi, de 2 à 4 heures, M. A. Malherbe. — *Travaux pratiques* (histologie élémentaire) : Jeudi, de 2 à 4 h., M. A. Malherbe. — *Travaux pratiques de physiologie :* Tous les mercredis à 2 h., M. Laennec. — *Travaux pratiques de micrographie végétale :* Vendredi, samedi, de 2 à 5 h., M. Douteau, prof. suppl. — *Manipulations de physique* (étudiants en médecine) : Mercredi, de 7 h. 1/2 à 10 h. 1/2, M. Allaire, chef des travaux publics physiques. — *Manipulations de physique* (étudiants en pharmacie : Lundi, de 2 à 5 h., M. Allaire. — Des Herborisations, dirigées par M. Bureau, auront lieu tous les dimanches, pendant le semestre d'été.

La *Bibliothèque* est ouverte tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 8 à 10 heures du 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. — Professeur honoraire : M. Malherbe.

Cours et travaux pratiques obligatoires.

ÉTUDIANTS EN MÉDECINE.

Première année, Hiver : Chimie, Physique, travaux pratiques de chimie. Officiers de santé, petite chirurgie, ostéologie et arthrologie. Eté : Histoire naturelle, travaux pratiques d'histoire naturelle, travaux pratiques de physique. — *Deuxième année.* Hiver : Anatomie, travaux pratiques de dissection, petite chirurgie, clinique chirurgicale, Officiers de santé, clinique médicale. Pathologie chirurgicale. Eté : Physiologie, histologie élémentaire, chimie biologique, clinique chirurgicale, travaux pratiques de physiologie, travaux pratiques d'histologie. — *Troisième année.* Hiver : Anatomie, travaux pratiques de dissection, pathologie chirurgicale, accouchements, clinique chirurgicale, clinique médicale, clinique obstétricale. Eté : Physiologie, anatomie pathologique, pathologie médicale, thérapeutique, clinique chirurgicale, clinique médicale, clinique obstétricale, médecine opératoire, travaux pratiques de physiologie, travaux pratiques de médecine opératoire, travaux pratiques d'anatomie pathologique. — *Quatrième année.* Hiver : Hygiène, pathologie chirurgicale, accouchements, clinique chirurgicale, clinique médicale, clinique obstétricale. — Eté : Anatomie pathologique, thérapeutique, médecine légale, clinique chirurgicale, clinique médicale, clinique obstétricale, médecine opératoire, pathologie médicale, travaux pratiques d'anatomie pathologique.

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.

ÉTUDIANTS EN PHARMACIE.

Première année, Hiver : Chimie inorganique, physique, matière médicale, travaux pratiques de chimie minérale. Eté : Pharmacie, organographie végétale, travaux pratiques de physique. — *Deuxième année,* Hiver : Chimie organique, matière médicale, travaux pratiques de chimie organique et analyse qualitative. Eté : Pharmacie, histoire naturelle, travaux pratiques de micrographie végétale. — *Troisième année,* Hiver : Chimie générale, matière médicale, travaux pratiques de chimie analytique et toxicologie. Eté : Pharmacie, histoire naturelle, travaux pratiques de micrographie.

Les examens de fin d'année des étudiants en pharmacie porteront sur les matières enseignées dans les cours et pratiques de l'année ou du semestre d'études qui précède l'examen.

© ANM

Nantes, le 23 octobre 1890.

Mon cher Directeur,

L'Ecole de médecine de Nantes a donné pendant l'année scolaire qui vient de finir des résultats assez analogues à ceux de l'année précédente. Le chiffre des inscriptions a atteint le nombre de 607, soit 17 de plus que l'année dernière, mais encore 40 de moins que pendant l'année 1887-88, année dont le chiffre n'a jamais été dépassé !

Les résultats des examens ont été, en bloc, les suivants : 332 examens avec 258 réceptions et 74 ajournements. Les diplômes ou certificats délivrés ont été de 66, savoir 5 officiers de santé, 29 pharmaciens de seconde classe, 31 sage-femmes et 1 herboriste. Tous ces examens ont été subis à Nantes avec un jury Parisien ou un jury Nantais présidé par un professeur de la Faculté de Médecine ou de l'Ecole supérieure de Pharmacie de Paris. Les examens subis à Paris par les élèves de Nantes (3e, 4e, 5e de Doctorat et Thèse), ont été de 58, avec 53 réceptions et 5 ajournements, un peu moins d'un dixième.

Le corps enseignant de l'Ecole s'est modifié par suite de la mise à la retraite du professeur de clinique médicale, M. Malherbe père. M. Malherbe avait 34 ans de service à l'Ecole, dont 28 comme professeur de clinique. Se tenant toujours au courant des nouvelles découvertes, M. Malherbe a apporté dans son enseignement une sience et une conscience que n'oun'oublieront certes pas ses anciens élèves. M. Hervouët a été chargé pour un an du cours de clinique médicale. M. Bertin, ancien professeur suppléant, a été chargé pour un an du cours d'hygiène et de médecine légale. Tels sont, en résumé, les faits qui se sont accomplis à l'Ecole depuis une année. Maintenant, je dois dire un mot des efforts que fait l'Ecole pour compléter ses moyens d'enseignement et pour sortir de l'état hybride d'Ecole de plein exercice en se transformant en Faculté de Médecine.

Le vent s'étant mis naguère à souffler vers les Universités régionales, les villes qui possédaient une ou plusieurs Facultés se sont empressées de demander leur transformation en Universités. Or, il est un fait admis par tous ceux que le patriotisme local ne rend pas esclaves du parti-pris : c'est que chez nous les établissements d'enseignement supérieur ne peuvent devenir réellement prospères que dans les grands centres. Cette vérité, vraie en général, l'est surtout pour les Ecoles de Médecine. Une bonne école de médecine suppose un grand hôpital, requiert un corps médical nombreux dans lequel les professeurs puissent être choisis. En effet, les appointements des professeurs en province ne représentent qu'une très faible partie de la somme à laquelle un médecin de talent doit prétendre, comme rémunération de son travail et de ses études. Inutile donc de penser à se procurer une vingtaine de professeurs distingués dans une ville qui peut nourrir trente ou quarante médecins seulement. Cela se fait peut-être en Allemagne ; mais en Allemagne, les mœurs sont différentes, la vie moins coûteuse, les appointements plus élevés, et de plus, le professorat dans une Université de 3e ordre peut être un acheminement pour le professorat à Berlin ou à Leipzig. La comparaison ne saurait donc être juste.

Ceci posé, si l'on crée une Université dans l'Ouest, où doit on la mettre? Deux villes s'en disputeront la possession, Nantes et Rennes. Rennes peut arguer de sa position plus centrale par rapport au reste de la Bretagne et de ce qu'elle possède déjà les Facultés de Droit, de Sciences et de Lettres ; mais, pour les raisons que nous avons énumérées plus haut, insuffisance de population, corps médical trop restreint, il nous paraît impossible qu'on y crée une Faculté de médecine.

Nantes, au contraire, présente tout ce qu'il faut pour que de grands établissements scientifiques y prospèrent. Si elle n'est pas au centre de la Bretagne, elle est au centre de la région de l'Ouest ; si, pour des raisons incompréhensibles ou inavouables, elle a été privée de Faculté des Sciences et des Lettres, ce n'est pas une raison pour qu'à l'occasion d'un remaniement de l'Enseignement supérieur on ne répare les torts qu'on a eus jadis envers elle.

Que si, comme il arrive souvent, les projets de création d'Universités autonomes tombent dans l'eau, pourquoi ne créerait on pas à Nantes une Faculté de Médecine comme on vient de le faire à Toulouse, comme on le fera peut-être bientôt à Marseille ? Le conseil municipal de Nantes et le conseil général de la Loire-Inférieure ont si bien compris l'utilité de cette création qu'à l'unanimité ils ont émis le vœu qu'une Faculté de Médecine fût établie à Nantes et se sont déclarés prêts à voter les sommes nécessaires pour la transformation de l'Ecole de Médecine en Faculté.

Depuis plus de dix ans, nous avons toujours soutenu l'utilité de cette création. Plus il y aura de foyers scientifiques en France, plus la science française a de chances de se maintenir au premier rang, rang que les Bichat, les Cruveilhier, les Claude Bernard, les Pasteur ont su lui conserver en dépit de la supériorité que présentent à l'étranger et la situation matérielle des professeurs et l'installation des cliniques et laboratoires et les budgets consacrés au développement des hautes études.

Donc, en même temps qu'un intérêt local qu'il est de notre devoir de prendre en main, il y a un intérêt général à ce qu'un établissement aussi important que l'Ecole de Médecine de Nantes soit muni des organes qui lui assureront une vie indépendante. Nous espérons que l'utilité du vœu émis par les corps constitués du département de la Loire-Inférieure sera comprise en haut lieu et qu'après Toulouse et Marseille, Nantes, la meilleure des Ecoles de plein exercice, sera à son tour élevée au rang de Faculté.

Agréez, mon cher Directeur, X...

Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Toulouse.

Directeur : M. Caubet.

Professeur honoraire : M. J. Noguès, médecin honoraire des hôpitaux.

Année scolaire 1890-1891.

La circonscription de l'école de Toulouse comprend, pour les médecins, les pharmaciens, les herboristes et les sages-femmes, 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 (3 novembre au 15 mars).

Anatomie descriptive : M. Charpy, professeur. M. Bédard, chef des travaux. — *Pathologie externe et médecine opératoire :* M. Pénières, professeur. — *Pathologie médicale et pathologie générale :* M. André, professeur. — *Pharmacie :* M. Dupuy, professeur. — *Physique médicale :* M. Rey, chargé de cours. — *Chimie minérale* (cours complémentaire): M. Lespiau, suppléant. — *Histoire naturelle. Zoologie* (cours complémentaire) : M. Roule, suppléant. — *Clinique médicale à l'Hôtel-Dieu :* M. Caubet, professeur; M. Bézy, chef de clinique. — *Clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu :* M. Jeannel, professeur; M. Chabaud, chef de clinique. — *Clinique obstétricale :* M. Chambrelent, chargé de cours, à la Grave ; M. Pascal, chef de clinique, à la Grave. — *Histologie normale* (à partir du 1er janvier) : M. Tapie, professeur. — *Hydrologie, Minéralogie :* M. X..., suppléant.

Semestre d'été (16 mars au 31 juillet).

Physiologie : M. X..., professeur ; M. Bédard, suppléant. — *Histoire naturelle* (botanique) : M. Lamic, professeur. — *Chimie organique et toxicologie :* M. Frébault, professeur. — *Thérapeutique :* M. Basset, professeur. — *Pathologie externe* (cours complémentaire) : M. Séchevron, suppléant. — *Pathologie interne* (cours complémentaire) : M. Cabadé, suppléant. — *Anatomie pathologique* (jusqu'au 1er juillet) : M. Tapie, professeur. — *Clinique médicale :* M. St-Ange, professeur, à l'Hôtel-Dieu. — *Clinique chirurgicale :* M. Labèda, professeur, à l'Hôtel-Dieu. — *Clinique obstétricale :* M. Chambrelent, chargé de cours, à la Grave. — *Matière médicale :* M. Braemer, chargé de cours. — *Hygiène et médecine légale :* M. X..., professeur.

Travaux pratiques.

Semestre d'hiver.

Dissection (2e et 3e année), M. Bédart, chef des travaux. — *Chimie :* Etudiants en pharmacie (1re année, 2e année), M. Biarnès, chef des travaux. — *Pharmacie* (3e année), M. X.... — *Histoire naturelle :* Etudiants en pharmacie (3e année), médecine (1re année), M. Suis, chef des travaux. — *Chimie :* Etudiants en médecine (1re année), M. Chauvin, chef des travaux.

Semestre d'été.

Pharmacie (pharmaciens 3e année), M. Biarnès, chef des travaux. — *Chimie* (médec., 1re année, pharm., 1re et 2e année), M. Biarnès, chef des travaux. — *Physique* (médecine 1re année, pharmacie 1re,

© ANM

2e et 3e année), M. Chauvin, chef des travaux.— *Histoire naturelle* (pharmacie 3e année), M. Sois, chef des travaux.— *Histologie* (méd. 2e et 3e année), M. Bédart, suppléant. — *Anatomie pathologique* (médecine 3e et 4e année), M. Mauael, suppléant. — *Médecine opératoire* (médecine 4e année), M. Vieusse, suppléant.

COURS OBLIGATOIRES POUR CHAQUE CATÉGORIE D'ÉTUDIANTS.

Médecine (doctorat, officiat). 1re Année : Semestre d'hiver. Cours: Physique médicale, chimie minérale, histoire naturelle, zoologie. Travaux pratiques : Chimie, histoire naturelle. Semestre d'été. Cours : Histoire naturelle, botanique, matière médicale (complément de la botanique), chimie organique et toxicologie, pharmacie chimique (complément de la chimie). Travaux pratiques : Physique. 2e Année: Semestre d'hiver. Cours: Anatomie (professeur et chef des travaux), pathologie externe, pathologie interne. Travaux pratiques: Dissection, stage hospitalier. Semestre d'été. Cours : Physiologie, anatomie générale et histologie, pathologie externe et interne. Travaux pratiques : Histologie, stage hospitalier. — 3e Année : Semestre d'hiver. Cours : Anatomie (professeur et chef des travaux), pathologie externe et médecine opératoire, pathologie interne et générale, cliniques. Travaux pratiques : Dissection, stage hospitalier. Semestre d'été. Cours : Physiologie, pathologie externe et interne, anatomie générale et histologie, anatomie pathologique, cliniques. Travaux pratiques : Histologie, physiologie, stage hospitalier. — 4e Année : Semestre d'hiver. Cours : Pathologie externe, pathologie interne, cliniques. Travaux pratiques : stage hospitalier. Semestre d'été. Cours : Pathologie interne, pathologie externe, thérapeutique, anatomie pathologique, cliniques, hygiène et médecine légale. Travaux pratiques : Anatomie pathologique, médecine opératoire, stage hospitalier.

Pharmacie (1re et 3e classe). 1re Année : Travaux pratiques : Chimie (analyses). Examen de fin d'année : physique, chimie minérale, histoire naturelle (zoologie, botanique; organographie). — 2e Année : Travaux pratiques : Chimie (préparations). Examen de fin d'année : Chimie minérale, organique, analytique et toxicologique, pharmacie galénique et chimique, histoire naturelle, matière médicale. — 3e Année : Travaux pratiques : Physique, micrographie végétale. Cours : Révision générale en vue des examens de fin d'études.

SCOLARITÉ DANS LES ECOLES DE PLEIN EXERCICE.

Doctorat en médecine. — Les études pour le doctorat en médecine durent quatre années (16 inscriptions); elles peuvent être faites, pendant ces quatre années, soit dans les Facultés, soit dans les *Ecoles de plein exercice*. (Décret du 20 juin 1878. art. 1). Les aspirants au doctorat en médecine, élèves des Ecoles de plein exercice, passent le premier examen probatoire et les deux parties du deuxième examen dans ces Ecoles devant un jury composé de deux professeurs et d'un agrégé de la Faculté. A cet effet, deux sessions d'examen seront ouvertes dans les Ecoles de plein exercice, l'une au mois d'août pour le premier examen probatoire et la deuxième partie du second examen, l'autre au mois d'avril pour la première partie du second examen. Toutefois, les aspirants au doctorat, élèves des Ecoles de plein exercice, peuvent subir ces épreuves devant les Facultés de médecine aux époques fixées par l'article 4 du décret du 20 juin 1878, et par l'article 1er du décret du 23 juillet 1882. Les élèves refusés au premier examen probatoire à la session d'août, dans les Ecoles de plein exercice, peuvent se présenter, pour le même examen, à la session de novembre suivant, devant une Faculté de médecine. Les élèves refusés à la première ou à la deuxième partie du second examen peuvent se présenter, pour la même épreuve, après un délai de trois mois, devant une Faculté de médecine. (Décret du 1er août 1883, art. 4).

Pharmacie de 1re classe. — La scolarité en vue du diplôme de première classe peut être accomplie soit dans les Ecoles supérieures de pharmacie, soit dans les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, soit dans les *Ecoles de plein exercice de médecine et de pharmacie.*

Officiat et pharmacie de 2e classe. — Il n'est rien innové. Les droits des Ecoles préparatoires restent entiers dans les Ecoles de plein exercice. — *Nota.* Le programme des examens probatoires de pharmacie a été modifié par décret du 24 juillet 1889.

PRIX DE L'ÉCOLE.

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 1889, sera décerné de nouveau à la fin de l'année 1892.

Prix Lasserre. — Par suite d'un legs fait à l'Ecole de Médecine de Toulouse, un prix de 400 fr. 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 du Conseil général. — Le Conseil général de la Haute-Garonne a voté une somme de 200 fr. pour être distribuée en prix à l'Ecole de médecine. Le Conseil de l'Ecole a décidé de décerner deux prix de 100 fr. chacun, l'un à un étudiant en médecine de 4e année, l'autre à un étudiant en pharmacie, qui se seront distingués par leur travail et leurs succès.

Prix de l'Ecole de médecine. — Des concours de prix (médailles et livres, prix de fin d'année et prix des travaux pratiques) 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 de plein exercice.

Toulouse, le 21 octobre 1890.

Mon cher Directeur,

La question à l'ordre du jour est de savoir quand aura lieu la transformation de notre Ecole de médecine de plein exercice en Faculté. En prévision de l'adoption par le Parlement du projet de loi sur les Universités, Toulouse souhaite remplir au plus tôt les conditions de l'art. 2 : Toute Université doit comprendre au moins les quatre Facultés : droit, médecine, sciences et lettres. Aussi, les travaux de construction ont-ils été poussés avec une grande activité, et le bâtiment est en état de recevoir tous les services de l'enseignement. Seul, le corps principal est en voie d'achèvement, et comme il ne contiendra que des services généraux (secrétariat, salle du conseil, collections), ceux-ci, en attendant, conservent dans l'ancienne Ecole leur première installation.

Toutes les dépenses de l'entreprise sont maintenant engagées, et on ne saurait plus craindre un arrêt dans l'exécution définitive des engagements de la ville envers l'Etat, engagements stipulés aux traités de 1880 et 1886. Le devis de la construction du bâtiment est exécuté et l'emploi des rabais a été fixé, réserve faite d'une somme de 35,000 fr. pour le règlement définitif et pour les éventualités diverses. Les crédits réservés pour le mobilier, le matériel, le premier établissement des collections et de la bibliothèque, en tout 335,000 fr., sont ouverts à la suite d'adjudications publiques ou de marchés. Aussi la Faculté sera meublée et outillée conformément aux prévisions de la première heure et sans qu'un centime ait été détourné de ce chapitre pour combler des excédents de construction.

Les bâtiments de l'ancienne Ecole subissent la réfection projetée pour un institut de chimie et de pharmacie ; les travaux d'aménagement de l'Hôtel-Dieu pour les nouvelles cliniques sont bien avancés ; le dispensaire des enfants malades est inauguré et servira de clinique complémentaire de maladies d'enfants.

Enfin, le Conseil général de la Haute-Garonne a voté douze bourses de 250 fr. l'une pour les étudiants en médecine, plus une somme importante pour l'entretien, dans l'hôpital communal de Toulouse, de malades du département qui offriraient un intérêt pour l'enseignement clinique.

La Faculté de médecine est toute prête. On en réclame l'ouverture. Cette ouverture est dès maintenant possible, car le Conseil municipal vient de voter la somme nécessaire pour le traitement des professeurs pendant les mois de novembre et décembre 1890, ainsi que pour l'année 1891, aussi elle nous paraît certaine pour le mois de janvier prochain.

Dès que cette inauguration sera accomplie, la ville de Toulouse pourra attendre avec confiance le débat sur la loi des Universités. Une ville qui, dans les statistiques officielles du ministère de l'instruction publique, tient le premier rang des centres de province et vient immédiatement après Paris, par le nombre de sa population scolaire d'enseignement supérieur, qui compte 1,230 étudiants pour trois Facultés et une Ecole, cette ville, ayant quatre Facultés, nous paraît avoir quelque droit à une Université provinciale.

Quant à l'Ecole de plein exercice, pendant l'année scolaire écoulée, elle a continué de s'étendre dans les locaux de la Faculté, à mesure de leur achèvement; aussi les divers services ont-ils été spacieusement établis. Le nombre des étudiants

© ANM

s'est accru sur les années précédentes qui donnaient déjà un chiffre élevé. Il a été déclaré 814 inscriptions, savoir :

Doctorat	403
Officiat	80
Pharmaciens, 1re classe	60
Pharmaciens, 2e classe	271
Total	814

Les étudiants inscrits se décomposent comme suit :

Doctorat	101
Officiat	21
Pharmacie	84

Soit 206 étudiants ayant pris inscriptions, auxquels il faut ajouter : 13 ayant acquitté les droits de travaux pratiques, 48 dont la scolarité est interrompue depuis moins de deux ans, et enfin 31 étudiants ayant pris toutes les inscriptions sont en cours d'examens probatoires, ce qui donne un total général de 298 étudiants.

Le traité de 1886 porte que, pour être transformée en Faculté, l'Ecole devra compter 250 étudiants régulièrement inscrits. Or, en ne comptant que les 206 étudiants ayant pris inscriptions et les 48 dont les dossiers ne sont pas atteints par la péremption, on atteint le chiffre de 254 étudiants.

Agréez, mon cher Directeur, etc. L. C.

ÉCOLES PRÉPARATOIRES DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE.

Ecole d'Amiens.

Directeur : M. Lenoel. — *Bibliothécaire* : L. Riguiez.
Secrétaire du conseil de l'Ecole : M. Dhourdin.

Professeurs titulaires.

Clinique interne : M. Mollien. — *Clinique externe* : M. Prugnier. — *Pathologie interne* : M. d'Heilly. — *Pathologie externe* : M. Moulonguet. — *Clinique obstétricale et gynécologie* : M. Lenoel père. — *Clinique ophtalmologique* : M. Bax. — *Anatomie* : M. Dhourdin. — *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. Dubois.

Professeurs suppléants.

Clinique interne et pathologie interne : M. Decamps. — *Clinique externe pathologie externe et accouchements* : M. N... — *Anatomie et physiologie* : M. N. — *Pharmacie et matière médicale* : M. Wallet. — *Physique et chimie* : M. Moynier de Villepois. — *Histoire naturelle* : M. Lenoel fils. — *Chef des travaux anatomiques et physiologiques* : M. Froidure. — *Chef des travaux chimiques et physiques* : M. Wallet. — *Chef de clinique médicale* : M. Trépant. — *Chef de clinique chirurgicale* : M. Du Roselle. — *Chef de clinique obstétricale* : M. Froidure. — *Prosecteur d'anatomie* : M. Delabarre. — *Aide d'anatomie* : M. Thuillier. — *Préparateur de chimie* : M. Watin. — *Préparateur de pharmacie* : M. Cahet. — *Préparateur de physique* : M. Lefebvre. — *Préparateur d'histoire naturelle* : M. Petit. — *Secrétaire* : M. Boulfroy.

Il existe des *Cours communaux* de *physique*, de *chimie* et de *botanique* qui sont également suivis par les étudiants. — Outre la *bibliothèque de l'école*, la bibliothèque de la Ville est ouverte aux élèves, de 10 h. à 4 h., et de 6 h. à 10 h. du soir.

Ecole d'Angers (*réorganisée*).

L'École de médecine et de pharmacie d'Angers, réorganisée par arrêté ministériel du 26 juillet 1895, possède douze professeurs titulaires, 6 professeurs suppléants, 2 chefs des travaux. — Directeur : M. Legludic. 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. — *Clinique obstétricale et gynécologie* : M. Guignard, professeur. — *Physiologie* : M. Legludic, professeur. — *Histoire naturelle* : M. Lieutaud, professeur. — *Anatomie* : M. X..., professeur, M. Mareau, chargé du cours. — *Pharmacie et Matière médicale* : M. Raimbault, professeur. — *Chimie et Toxicologie* : M. Tesson, professeur. — *Physique* : M. N..., professeur. M. Gaudin, chargé du cours. — *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, suppléant de physique et chimie. — M. Labesse, suppléant de pharmacie et matière médicale. — M. N..., suppléant d'histoire naturelle. — M. X..., suppléant d'anatomie, chargé du cours d'histologie. — M. Charier, chef des travaux anatomiques. — M. Thézée, chef des travaux chimiques et physiques.

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 six internes titulaires et quatre 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.

Physiologie : Un aide de physiologie. — Laboratoire spécial du professeur. Vaste laboratoire pour les élèves.

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.

Physique : Cabinet de physique. Laboratoire pour les élèves. — Laboratoire spécial du professeur.

Salles spéciales pour histologie, micrographie (avec nombreux microscopes). — Bibliothèque ouverte aux élèves; 5,000 volumes de médecine. — Salle de lecture ouverte de 1 h. à 5 h. tous les jours. — Nombreuses publications scientifiques périodiques. — Musée. Double série de vitrines ayant 62 mètres de développement. Nombreuses collections. — Jardins botaniques.

Ecole de Besançon (*réorganisée*).

Directeur : M. Saillard. — *Professeurs honoraires* : MM. N... ; Druhen aîné.

Professeurs titulaires.

Anatomie : M. Bruchon, professeur. — *Physiologie* : M. Charbonnel Salle, 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. Rolland, suppléant. — *Pathologie interne* : M. Gauderon, professeur. — *Pathologie externe et médecine opératoire* : M. Chapoy, professeur. — *Pharmacie et matière médicale* : M. Thouvenin, professeur. — *Physique médicale* : M. Boisard, chargé du cours.

Professeurs suppléants chargés de cours.

Histologie normale : M. Bolot. — *Anatomie pathologique* : M. Roland. — *Anatomie chirurgicale et médecine opératoire* : M. Heitz. — *Chimie organique* : M. Morin, suppléant. — *Histoire naturelle* : M. Prieur, suppléant, chargé de la zoologie. — *Chef des travaux anatomiques* : M. Bouton. — *Chef des travaux chimiques* : M. Morin.

En résumé, le personnel de l'Ecole se compose de 12 professeurs titulaires ; 5 professeurs suppléants chargés de cours ; 2 chefs de travaux ; 5 préparateurs et 2 aides. 3 chefs 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. Un service d'enfants a été créé. 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 30 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 largement suffisant pour les dissections et la médecine opératoire. La bibliothèque, contenant plus de 6000 volumes, est à la disposition des élèves, qui peuvent emporter les livres. — Le *Jardin botanique* est dépendant de l'école. — L'Ecole est réorganisée conformément au décret du 1er août 1883. — Le Conseil général du Doubs a créé six bourses de 600 francs chacune, en faveur des étudiants en médecine (Doctorat et Officiat) qui prendront l'engagement d'exercer dans le département pendant 10 ans. — S'adresser pour renseignements au directeur.

© ANM

Ecole de Caen.

Directeur : M. Bourienne.— *Secrétaire :* M. Carlet.

Semestre d'Hiver 1889-1890.

Les cours ont recommencé le 3 novembre dans l'ordre suivant :

Professeurs. — *Anatomie* : M. Gidon. — *Physiologie* : M. Fayel-Deslongrais. — *Hygiène et thérapeutique* : M. Catois. — *Pharmacie et matière médicale* : M. Charbonnier.— *Pathologie externe et médecine opératoire* : M. Guillet, chargé du cours. — *Clinique interne* : M. Auvray. — *Clinique obstétricale* : M. Bourienne. — *Clinique externe* : M. Barette. — *Pathologie interne* : M. Moutier. — *Botanique médicale* : M. Pihier. — *Chimie et toxicologie* ; M. Louïse. — *Physique* : M. Ponchon.

Professeurs suppléants.

Cours complémentaire d'histologie normale : M. Gosselin, suppléant pour les chaires de clinique et de pathologie internes. — *Cours complémentaire d'anatomie normale et physiologiques* : M. Noury, chargé des travaux anatomiques. — *Leçons élémentaires d'angéiologie* : M. Guillet, prof. suppl. d'anatomie. — *Cours complémentaire d'accouchements, etc* : M. Noury, suppléant pour les chaires de pathologie, de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale. — *Cours de zoologie médicale* : M. Huet, chargé des fonctions de suppléant pour la chaire d'histoire naturelle médicale. — *Cours complémentaire de pharmacie et matière médicale* : M. Gaamond, suppléant pour la chaire de pharmacie et matière médicale. — *Cours complémentaire de physique et de chimie* : M. Demerliac, chargé des fonctions de suppléant des chaires de physiques, de chimie et toxicologie.

Travaux pratiques

Médecine opératoire : M. Guillet, chargé du cours. — *Histologie pathologique* : M. Gosselin. — *Physiologie* : M. Noury. — *Physique* : M. Picard. — *Chimie* : M. Picard. — *Histoire naturelle médicale* : *Micrographie* : M. Huet. — *Herborisations* : M. Pihier. — *Anatomie* : M. Noury, chargé des travaux anatomiques et physiogiques. — *Chimie minérale, chimie organique et Chimie analytique, toxycologie* : M. Picard.

Ecole de Clermont-Ferrand.

Directeur : M. le Dr Ledru. —*Secrétaire* : M. le Dr Doubif.

Professeurs.

Clinique externe : M. Ledru. — *Clinique interne* : M. Doubif. — *Thérapeutique et Hygiène* : M. Planchard. — *Pathologie interne* : M. Fourniaux. — *Pathologie externe* : M. Gagnon. — *Histoire naturelle* : M. Girod. — *Anatomie* : M. Tixier. — *Physiologie* : M. Blatin. — *Chimie et toxicologie* : M. Mosnier. — *Pharmacie et matière médicale* : M. Lafont. — *Acouchements, maladies des femmes et des enfants* : M. Fredet. — *Physique* : M. Ch. Truchot.

Professeurs suppléants.

MM. Pojolat, Bousquet, Planchard, Lafont, Glangeaud, Mosnier. — *Chef des travaux anatomiques* : M. Pojolat. — *Chef des travaux chimiques* : M. Gros. (Voir aux Derniers renseignements).

Ecole de Dijon.

Circonscription de l'école (Côte-d'Or, Nièvre, Yonne, Saône-et-Loire).

Directeur : M. Deroye. — *Secrétaire* : M. François. — *Directeur honoraires* : M. Gautrelet. — *Professeur honoraire* : M. Morlot.

Professeurs titulaires.

Anatomie descriptive : 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 des enfants* : M. Gautrelet. — *Pharmacie et Matière médicale* : M. Viallannes. —*Histoire naturelle* : M. Laguesse. — *Hygiène et thérapeutique* : M. Collette. — *Chimie médicale* : M. Margottet. — *Physique* : M. Brunhes, chargé de cours complémentaires.

Professeurs suppléants.

Anatomie pathologique : M. Quiou. — *Physique médicale* : M. Hébert. — *Anatomie topographique et médecine opératoire* : M. Broussolle. — *Histologie normale* : M. Cottin. — *Chef des travaux anatomiques et Cours complémentaire d'anatomie* : M. Cottin. — *Chef des travaux chimiques* : M. Bellier. — *Secrétaire* : M. François.

Les cours de l'Ecole sont complets en deux années, sauf quelques-uns des plus importants (Anatomie, Physique), qui sont terminés dans chaque année scolaire.

Les travaux pratiques de dissections durent tout le semestre d'hiver, ils ont lieu tous les jours de midi à quatre heures ; néanmoins les élèves peuvent disséquer, à cause de l'abondance des sujets, jusqu'au 15 avril, époque des examens du 2e de Doctorat. En été ont lieu des travaux de médecine opératoire et d'histologie. Pendant les deux semestres, les laboratoires de chimie sont ouverts aux Etudiants en Pharmacie et Médecine (1re année). Ajoutons que l'Enseignement (cours et travaux pratiques) de la Faculté des Sciences est combiné de façon à ce que les Etudiants puissent y acquérir un complément d'instruction et profiter du riche matériel des Facultés somptueusement installées maintenant.

En été, des herborisations ont lieu tous les dimanches, sous la direction du professeur de l'Ecole de médecine.

Le Jardin Botanique de la ville, placé déjà sous la surveillance de ce professeur, est d'une grande utilité pour les Etudiants en pharmacie et en médecine.

Pour les Etudiants de médecine de 2e et de 3e année, les cliniques médicale et chirurgicale ont lieu à l'Hôpital général. Elles comprennent, outre les services d'adultes, l'infirmerie des vieillards et la crèche. De plus, les salles militaires, ainsi que les services du médecin et du chirurgien de l'hôpital, libéralement ouverts aux Etudiants, apportent leur contingent d'observations d'autopsies et d'opérations.

L'Enseignement obstétrical a lieu à la Maternité du 1er avril au 1er octobre ; les Etudiants peuvent, jour et nuit, assister à toutes les observations et suivre les accouchements normaux. La proximité de l'Asile des aliénés est aussi d'un grand secours pour compléter l'instruction des Etudiants qui peuvent, le dimanche, assister aux visites des médecins de l'établissement.

Les places d'internes sont mises au concours chaque année à mesure des vacances, ainsi que les places de prosecteur et de préparateur des travaux chimiques.

Outre les prix de l'Ecole, il y a un prix annuel de clinique décerné, sur l'avis de l'Ecole, à l'Etudiant qui a le mieux rempli les fonctions d'interne à l'hôpital (Prix Picamelot). — Notons, pour terminer, que la Bibliothèque de l'Ecole possède plus de 3000 volumes, les périodiques et les thèses. Elle est ouverte aux Etudiants de midi à 5 heures.

Le Musée d'anatomie normale comprend de nombreuses pièces artificielles et une ample collection d'os, de sorte que les Etudiants peuvent en profiter et pendant la leçon du professeur et dans l'intervalle des cours, tous ces matériaux étant entièrement à leur disposition, sous la surveillance du prosecteur d'anatomie.

Plusieurs vitrines renferment des pièces pathologiques : ce sont principalement des fractures et affections du système osseux ; leur nombre s'accroit chaque année.

Ecole de Grenoble.

Professeurs honoraires : MM. Michaud et Breton.

Semestre d'hiver 1890-1891.

Les cours de ce semestre ont commencé le 3 novembre 1890.

Clinique interne : M. Berger, professeur ; lundi et 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. — *Hygiène et Thérapeutique* : M. Berlioz, professeur ; lundi, mercredi, vendredi et samedi, à 3 heures. — *Pharmacie et Matière médicale* : M. Verne, professeur, mardi, vendredi, à 8 heures 3/4. — *Chimie et Toxicologie* : M. Raoult, professeur, lundi et jeudi, à 2 h. — *Manipulations* : M. Romeyer, chef des travaux chimiques (travaux pratiques obligatoires pour tous les élèves), mercredi et samedi, à 2 heures. — *Pathologie interne* : M. Bisch, prof., mardi, mercredi, vendredi et samedi, à 4 heures. — *Histoire naturelle (Zoologie)* : M. Carlet, professeur, mardi, vendredi, à 10 h. — *Physique* : M. Jannet, chargé de cours, mercredi, samedi, à 9 heures

Semestre d'été 1891.

Les cours de ce semestre commenceront le 1er avril 1891.

Clinique interne : M. Berger, professeur, lundi, vendredi, à 8 heures 1/2. — *Clinique externe* : M. Girard, professeur, mardi, samedi, à 8 heures 1/2. — *Accouchements, maladies des femmes et des enfants* : M. Gallois, professeur, lundi, mercredi et samedi, à 2 h. — *Histoire naturelle (botanique)* : M Carlet, professeur, mardi, vendredi, à 10 heuers. — *Pharmacie et Matière médicale* : M. Verne, professeur, mardi, vendredi, à 8 heures 3/4. — *Chimie et toxicologie* : M. Raoult, professeur, lundi, jeudi, à 2 heures. — *Manipulations* : M. Romeyer chef des travaux chimiques (Travaux pratiques obligatoires pour tous les élèves), mercredi et samedi, à 2 heures. — *Pathologie externe et Médecine opératoire* : M. Turrel, professeur, lundi, mercredi, vendredi, 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 h. — *Physique* : M. Jannet, chargé de cours, mercredi et samedi, à 9 heures,

© ANM

Cours complémentaires.

Ophtalmologie : M. Deschamps, professeur suppléant, jeudi, à 8 heures 1/2 du matin. — *Exercices pratiques d'histoire naturelle* : M. Gagnieu, professeur suppléant, jeudi à 4 heures. — *Exercices pratiques de physique* : M. Labatut, professeur suppléant, mardi, à 3 heures. — *Exercices pratiques de pharmacie* : M. Baboin, professeur suppléant, vendredi, à 2 heures. — *Ophtalmologie et Anatomie générale (histologie)* : M. Nicolas, professeur suppléant, lundi, jeudi, à 3 heures. — *Exercices pratiques de pharmacie.* — Conférences dirigées par les Chefs de travaux et par les Suppléants pendant les deux derniers mois du semestre.

Circonscription de l'Ecole de Grenoble : Isère, Drôme, Hautes-Alpes, Ardèche, Savoie, Haute-Savoie, Ain.

Dispositions générales. — Les 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 d'études exigé par les règlements ou un diplôme de bachelier ; 7° L'aspirant au titre de pharmacien de 2e classe doit produire, en s'inscrivant, les mêmes pièces que les aspirants à l'officiat, et de plus, le certificat d'examen de validation du stage (Règlement du 31 août 1878). Le registre des inscriptions sera ouvert pour le 1er trimestre, du 20 octobre au 5 novembre inclusivement, et pendant les quinze premiers jours des 3 autres trimestres. L'inscription ne sera acquise et délivrée que dans 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 douzième inclusivement. Chaque année de stage réglementaire se compose, déduction faite 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 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).

Pour les aspirants au doctorat en médecine, deux sessions d'examen seront ouvertes dès que l'Ecole préparatoire sera 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.
Professeurs honoraires : MM. Bleynie père, Mazard.
Secrétaire : M. Pillault.
Bibliothécaire : M. le Dr Mallebay.
Circonscription de l'école : Haute-Vienne, Corrèze et Dordogne.

ANNÉE SCOLAIRE 1890-1891.

Les cours ont commencé le 3 novembre 1890.

Programme des cours.

Semestre d'hiver. — *Chimie et toxicologie* : M. Peyrusson, professeur, lundi, mardi, vendredi ; conférence, samedi, à 2 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. Raymond, professeur, mardi, mercredi, vendredi ; conférence, samedi, à 2 heures. — *Thérapeutique.* : M. Mandon, professeur, lundi, mardi, jeudi, conférence, samedi, à 4 heures. — *Physique* : M. Gusse, chargé du cours, mardi, jeudi, samedi à 5 heures. — Semestre d'été. — *Clinique externe* : M. Raymondaud père, professeur, lundi, mercredi, vendredi, 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, lundi, mercredi, vendredi ; conférence, samedi, à 3 heures. — *Histoire naturelle* : M. Boudet, professeur, mardi, mercredi, vendredi ; conférence, samedi, à 8 heures du matin. — *Pharmacie et matière médicale* : M. Pillault, professeur, lundi, mardi, jeudi ; conférence, samedi, à 1 heure.

Cours complémentaires et conférences.

Conférences et travaux pratiques d'histoire naturelle. — M. N..., les lundis, mercredis, vendredis, à 8 heures du matin, en hiver. — *Travaux pratiques de micrographie*, les lundis et jeudis, de 7 h. à 11 h. du matin, en été.

Anatomie générale et embryologie. — M. G. Raymondaud, professeur suppléant, les lundis, mercredis, vendredis, à 2 heures. — Cours complémentaire et conférences d'anatomie, lundi, mardi, jeudi, vendredi, de midi 1/2 à 5 h., M. Albert Thouvenet, 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. Delotte, professeur suppléant, mardi, jeudi, samedi, à 4 heures.

Hygiène. — M. Dérignac, professeur suppléant, lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures.

Professeurs suppléants : MM. G. Raymondaud, Dérignac, Delotte. — *Chef des travaux anatomiques* : M. Albert Thouvenet, — *Chef des travaux chimiques* : M. Besnard. — *Prosecteur* : M. Lombard. — *Préparateur de chimie, pharmacie*, M. Perraud. — *Bibliothécaire* : M. le Dr Mallebay.

L'Ecole de Limoges présente des facilités particulières pour l'étude de l'anatomie. — Les cliniques médicale, chirurgicale et obstétricale 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, six 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 1890-1891.

Directeur : M. Chédevergne ; — *Secrétaire* : M. Boistard.
Semestre d'hiver. — *Clinique externe.* — M. Chédevergne, les mardis, jeudis et samedis à 9 h.
Anatomie. — M. Buffet-Delmas, suppléant chargé du cours, les mardis, jeudis et samedis, à midi. — M. Berland, chef des travaux anatomiques, les lundis, mercredis et jeudis, à midi. — *Clinique interne* : M. Robert, les lundis, mercredis et vendredis, à 9 h. — *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. Brossard, suppléant chargé du cours, les lundis, mercredis et vendredis, à 9 h. — *Phy-*

© ANM

siologie : M. Roland, 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 vendredis, à 3 h. — *Physique* : M. Garbe, professeur de physique de la Faculté des Sciences, chargé du cours.

Conférences et cours complémentaires.

Physique médicale : M. Jouteau, en été, les mercredis et vendredis, à 1 h. — *Chirurgie et médecine opératoire* : M. Chrétien, les lundis, mercredis et vendredis, à 3 h. — *Hygiène*: M. Brossard, les mardis et samedis. — *Histologie et embryologie* : M. Buffet-Delmas les mardis, jeudis et samedis, à 2 h., et M. Br. de Montgazon, chef des travaux micrographiques.

Travaux pratiques.

Manipulations chimiques: M. Jouteau. — *Herborisations* : M. Poirault, tous les dimanches, en été. — *Médecine opératoire* : M. Chrétien, en été. — *Anatomie pathologique* : M. Brossard, les lundis et jeudis en été. — *Travaux pratiques d'histologie* : M. le Dr Brumaud de Montgazon, licencié-ès-sciences naturelles. — 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.

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 a été récemment, 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.

Les étudiants devant passer les deux premiers examens de doctorat sans quitter l'école, tout y est organisé pour les y préparer. M. Garbe, professeur de physique à la Faculté des Sciences, fait un cours à l'Ecole de Médecine deux fois par semaine. M. le Dr Brumaud de Montgazon, licencié es sciences naturelles, leur fait un cours complémentaire de zoologie et de botanique et les examine sur ces matières. Le chef des travaux exerce 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. Indépendamment des cours de chimie que les élèves suivent à l'Ecole, ils sont admis à la Faculté des Sciences aux conférences de chimie analytique et de chimie biologique.

Ecole de Reims.

Directeur : M. le Dr A. Luton ; — *Secrétaire* : M. A. Grandval.

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 6 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. Cosserat, 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. Chévy. — *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. Cosserat, Mouflier, 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. Pozzi, chargé de cours, 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. Chévy, vendredi à 4 heures. — *Histoire naturelle médicale* : M. Topsent, chargé de cours, les lundis, mercredis et vendredis, à 5 h. du soir. Une conférence, le samedi, à 5 heures. — *Histoire naturelle expérimentale* : M. Jolicœur, chargé de cours, le jeudi à 1 h. 1/2.

Ecole de Rennes (*réorganisée*).

Directeur : M. Delagoub.

L'Ecole de médecine et de pharmacie de Rennes possède treize chaires qui sont les suivantes :

Clinique interne: M. Delagoub, 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* et *Toxicologie*: M. Bellamy, professeur. — *Thérapeutique. Hygiène* : M. Regnault, professeur. — *Pharmacie* et *Matière médicale* : M. Magé, professeur. — *Histoire naturelle médicale*: M. Louveau, professeur. — *Zoologie* : M. Faint, professeur suppléant. — *Hygiène*: M. Bertheux, professeur suppléant. — *Histologie* : M. Perrin de la Touche, professeur suppléant. — *Chirurgie et Accouchements* : M. X..., professeur suppléant. — *Travaux prat. de chimie et pharmacie*, M. Bellamy, prof. — *Histologie végétale* : M. Crié. — *Chef des travaux anatomiques* : M. Dayot, fils, prof. suppléant, M. Perrin de la Touche, chef des travaux anatomiques et physiologiques. — *Physique médicale* : M. Deschamps. — *Travaux pratiques de physique et de chimie* : M. Lenormand, prof. suppléant.

Sont également nommés au concours parmi les élèves : 3 chefs de clinique, 6 préparateurs. L'hôpital 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. Secrétaire, M. Terich.

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 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'hy-

© ANM

giène et de thérapeutique, de pathologie externe; les travaux pratiques d'histologie et de physiologie ; la médecine opératoire.

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.

Les aspirants au doctorat subissent à l'Ecole le premier examen probatoire et la première partie du second devant un Jury de Faculté.

Ecole de Rouen.

Directeur : M. Duménil.

Professeurs titulaires.

Anatomie: M. Tinel. — *Physiologie*: M. Pennetier. — *Pathologie externe*: M. Merry Delabost. — *Pathologie interne*: M. Brunon. — *Hygiène et thérapeutique*: M. Petel. — *Clinique d'accouchements*: M. Thierry. — *Histoire naturelle*: M. Blanche. — *Physique*: M. Lecaplain. — *Chimie et toxicologie*: M. Renard. — *Pharmacie et matière médicale*: M. Duprey. — *Clinique externe*: M. Duménil. — *Clinique interne*: M. Olivier.

Cours complémentaires.

Anatomie générale. Embryogénie: M. Cerné; Démonstrations d'histologie dans le laboratoire d'anatomie microscopique. — *Chirurgie d'armée* : M. F. A. Hue. — *Anatomie pathologique*: M. Leudet, démonstrations d'anatomie microscopique pathologique. — *Histologie végétale*: Exercices pratiques, M. Dumont. — *Chef des travaux anatomiques*: M. Cerné. — *Chef des travaux chimiques* : M. Duprey.

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 lundi 4 novembre 1889. 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. Ledouble, professeur. Lundi, mercredi, jeudi, samedi, à midi et demi. — *Chimie et toxicologie* : M. Grandin, professeur. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 h. — *Pharmacie et matière médicale* : M. Baissonnet, chargé de cours. 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. L. 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. N..., chef des travaux. Tous les jours, de 2 à 5 heures. — *Cours complémentaires d'anatomie* : M. Ledouble. 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. Augis. Lundi, mercredi (Février et Mars), à 3 heures. — *Travaux pratiques de botanique*: M. Augis. Lundi, vendredi de 1 heure à 4 heures. — *Hygiène*: M. Meunier, jeudi et samedi, à 11 h. 1/2.

Semestre d'été.

Travaux pratiques de chimie et de physique : M. Wolff. — Lundi, mercredi, vendredi, de 1 heure à 4 heures. — *Cours de physique*: M. Baissonnet. Lundi, mercredi à 4 heures. — *Histologie*: M. N. .. Jeudi, samedi, à midi. — *Médecine opératoire*: M. Thierry. Lundi, jeudi, à 4 heures. — *Ophthalmologie*: M. L. Thomas. Dimanche à 9 heures.

ÉCOLES ANNEXES DE MÉDECINE NAVALE

Ces Ecoles reçoivent pendant une année les étudiants qui se destinent à la marine et qui y sont admis par le ministre en nombre proportionné aux besoins du recrutement. Ces élèves du service de santé de la marine admis, après concours, à l'Ecole principale de Bordeaux, suivent les cours de Faculté et sont répartis, une fois docteurs, dans les écoles de Rochefort, Brest et Toulon, pour y compléter leur instruction pratique au point de vue de la pathologie exotique, de l'hygiène navale et de la chirurgie militaire et navale.

Ecole de Brest.

Directeur : M. Lucas. — *Sous-Directeur* : M. Auffret.

Année scolaire 1890-1891.

Pathologie exotique et hygiène navale : M. Duchateau, médecin principal. — *Chirurgie militaire et navale* : M. Bodet, médecin principal. — *Petite chirurgie* : M. Guyot, médecin principal. — *Anatomie* : M. Brediam, médecin de 1re classe. — *Secrétaire*: M. Canoville, médecin de 1re classe. — *Bibliothécaire* : M. Clavier, médecin principal en retraite. — *Conservateur des Musées* : M. Brousmiche, médecin principal en retraite.

Ecole de Rochefort.

Directeur : M. Duplouy.

Cours de première année. — Chimie médicale: M. Morio, pharmacien en chef. — *Histoire naturelle médicale*: M. Billaudeau, pharmacien principal. — *Physique médicale* : M. Cunisset, pharmacien principal. — *Anatomie et Histologie* : M. Burot, médecin principal. — *Petite chirurgie* : M. Abflen, médecin principal. — *Cours d'application* : *Hygiène et pathologie exotique* : M. Bourru, médecin en chef. — *Chirurgie militaire et navale*: M. Fontorbe, médecin principal.

Ecole de Toulon.

Année scolaire 1890-1891. — Ouverture le 4 novembre.

Conférences médicales : M. Barthélemy, directeur.

Chimie : M. de Nozeille, pharmacien en chef. — *Physique* : M. Sauvaire, pharmacien principal. — *Histoire naturelle*: M. Taillotte, pharmacien de 1re classe. — *Anatomie* : M. Fontan, médecin principal. — *Petite chirurgie* : M. Bertrand, médecin de 1re classe. — *Répétiteurs de Botanique* : M. Chabaud, jardinier botaniste. — *Musée de Zoologie* : M. Prat, conservateur du Musée. — Les cours d'application et de perfectionnement pour les médecins auxiliaires de 2e classe seront faits : *Chirurgie militaire et navale*, par M. Rouvier, medecin en chef ; — *Pathologie exotique et l'hygiène navale*, par M. Galliot, médecin principal.

UNIVERSITES ETRANGÈRES DE LANGUE FRANÇAISE.

A. Belgique,

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BRUXELLES (1).

Président : M. P. Héger. — Secrétaire : M. Van Engelen.

Examen de candidat en médecine. (Art. 22 de la loi).

Premier semestre.

Anatomie de texture : MM. G.-A.-V. Rommelaere, prof. ord., et E. Gallemaerts, agr. sup. prép. Mardi, jeudi et vendredi à midi. — *Exercices micrographiques*: MM. G.-A.-V. Rommelaere, pr. ord., et E. Gallemaerts, agr. sup. prép. Mardi, jeudi et vendredi à midi. — *Anatomie humaine descriptive* : M. L. Deroubaix, prof. ord. Lundi, mardi et mercredi à une heure. — *Anatomie humaine descriptive, ostéologie, syndesmologie et splanchnologie* : MM. J.-G. Sacré, prof. ord., et Lucien Wilmart, pros. agr. sup. Jeudi, vendredi et samedi à une heure. — *Anatomie des régions* : MM. Th. Hauben, prof. ord., et L. Warnots, pros. agr. sup. Samedi à onze heures et vendredi à deux heures. — *Démonstrations anatomiques* : MM. Alex. Wilmart, prosect., et T. Gluge, prof. émérite. Tous les jours de neuf heures à midi. — *Physiologie humaine et embryologie. Exercices pratiques de physiologie* : P. Héger, prof. ord., et Spehl, agrégé sup., prép. Mardi, jeudi et samedi, à deux heures. — *Eléments d'anatomie comparée* : M. Yseux, prof., ordin. Lundi à deux heures. — *Eléments de pharmacologie et pharmaco-dynamique* : V. Jacques, prof. extr.

Premier examen de docteur en médecine. (Art. 24 de la loi).

Thérapeutique générale : MM. E. Vandencorput, professeur ordin. Mercredi et vendredi à une heure. — *Pathologie et Thé-*

(1) Pour plus de détails sur les Universités de Belgique, voir le *Numéro des Etudiants* des années précédentes, en particulier celui de 1886.

© ANM

rapeutique spéciales des maladies internes : MM. J. CROCQ, profes. ordin., et E. CARPENTIER, agrégé suppl. Lundi, mercredi, jeudi et vendredi à midi. — *Psychiatrie :* M. Jos. DESMETH, prof. ordin. Lundi, mercredi, jeudi et vendredi à midi. — *Pathologie générale :* M. Jos. DESMETH, prof. ordin. Lundi à une heure, mardi et samedi à midi.— *Anatomie pathologique et exercices pratiques d'anatomie pathologique :* M. L. STIÉNON, prof. extr. prép. Mercredi et vendredi à deux heures.

Deuxième examen de docteur en médecine. (Art. 24 de la loi).

Pathologie chirurgicale générale et spéciale : MM. J. THIRY, professeur ordinaire, et J. THIRIAR, agrégé suppléant. Lundi, mercredi et vendredi à onze heures. — *Théorie des accouchements* : MM. A. V. PIGEOLET, prof. émérite, E. K..., professeur extraordin., et G. TOURNAY, agrégé suppléant. Lundi, mercredi, et vendredi à midi. — *Hygiène publique et privée* : MM. Edouard DE SMET, prof. ext., et E. DESTRÉE, agr. supp. prépar. Lundi, mercredi et vendredi à une heure. — *Médecine légale* (non compris la chimie toxicologique) : M. H. GUILLERY, professeur ordin. Mardi, jeudi et samedi à onze heures.

Troisième examen de docteur en médecine. (Art. 24 de la loi).

Clinique interne (à Saint-Jean) : M. N. — *Clinique externe* (à Saint-Jean) : M. J. G. SACRÉ, profes. ord. Lundi et mercredi de neuf heures et demi à onze heures. — *Clinique interne* (à Saint-Pierre) : M. G. A. V. ROMMELAERE, profes. ord. Mardi, jeudi et samedi de huit heures à neuf heures. — *Clinique externe* (à Saint-Pierre) : M. S. THIRIFAHY, profes. ordin. Mardi, jeudi et samedi de neuf heures à dix heures. — *Pratique des accouchements* (à la Maternité) : MM. E. KUFFERATH, prof. extr., et G. TOURNAY, agrégé suppléant. Mardi, jeudi et samedi à une heure et demie. — *Théorie et pratique des opérations chirurgicales* : MM. S. THIRIFAHY, profes. ordin., et Alex. WILMART, pros. supp. Mardi, jeudi et samedi à midi. — *Anatomie des régions et démonstrations :* MM. Th. HAUBEN, profes. ordin. et L. WARNOTS, agrégé suppléant. Lundi et mercredi à deux heures. — *Ophtalmologie et clinique ophtalmologique* : J.-B. COPPEZ, profes. extr. Vendredi à neuf heures et demie.

Cliniques spéciales.

Clinique des maladies syphilitiques et cutanées (à Saint-Pierre) : M. Edouard DE SMET, prof. extraord. Mardi, jeudi et samedi de dix heures à onze heures et demie. — *Clinique externe des maladies des enfants* (à Saint-Pierre) : M. le Dr CHARON. Jeudi de neuf heures à dix heures. — *Clinique interne des maladies des enfants* (à Saint-Pierre) : M. E. TORDEUS, doct. agrégé. — *Clinique interne* (à l'Infirmerie) : M. E. SPEHL, agrégé supp. Jeudi à deux heures et demie. — *Clinique psychiatrique* (à Saint-Jean) : M. Jos. DESMETH, prof. ordin. Lundi de huit heures à neuf heures et demie. — *Clinique otologique* (à Saint-Jean) : M. Ch. DELSTANCHE, doct. agrégé. Dimanche de dix heures à onze heures. — *Clinique laryngologique et rhinologique* (à Saint-Pierre) : M. A. CAPART, docteur agrégé. Jeudi de dix heures à midi.

Cliniques facultatives.

Clinique interne (à l'hôpital de Molenbeek-Saint-Jean) : M. J. CROCQ, prof. ordin. Lundi, mercredi et vendredi à sept heures et demie. — *Pratique des accouchements* (à la Maternité) : M. N...

Cours libres.

Bandages et apppareils (à Saint-Jean) : M. J. THIRIAR, agrégé. Dimanche à neuf heures. — *Exploration clinique et diagnostic médical* : M. E. SPHEL, agrégé. Vendredi à onze heures. — *Neurologie :* M. J. MARIQUE, agrégé. Mercredi à huit heures du soir. MM. L. HYERNAUX et HENRIETTE, professeurs honoraires. — *Anthropologie* : le Dr HOUZÉ. Vendredi à huit heures du soir ; MM. C. GALLET, G. GEVAERT et C. JACOBS, docteurs agrégés.

ÉCOLE SPÉCIALE DE PHARMACIE DE BRUXELLES.

Examen de candidat en pharmacie. (Art. 25 de la loi).

Eléments de physique expérimentale : M. E. ROUSSEAU, pr. ord. Lundi, mercredi et vendredi de dix heures à onze heures et demie. — *Chimie générale* : M. P. DE WILDE, professeur ordin. Mardi, jeudi et samedi de dix heures à onze heures et demie. — *Eléments de botanique générale et spéciale* (y compris la botanique médicale) : M. J. E. BOMMER, prof. ord. Lundi, mercredi et samedi à neuf heures. — *Notions élémentaires de minéralogie et de géologie* : M. WITMEUR, prof. ord. Vendredi (à partir du 1er décembre) à neuf heures. — *Epreuve pratique sur la chimie :* MM. A. JOLY, prof. ord. et A. DAIMERIES, chef des travaux chimiques. Mardi, mercredi, jeudi et vendredi de une heure et demie à cinq heures et demie.

Examen de pharmacien. (Art. 17 de la loi).

Eléments de chimie toxicologique. Chimie pharmaceutique, pharmacie pratique : MM. J.-B. DEPAIRE, prof. ord., lundi, mardi et mercredi de huit heures et demie à neuf heures et demie. — *Recherches microscopiques* : M. A. HERLANT, profes. ord. Tous les jours de neuf heures et demie à midi. — *Drogues et médicaments en tant que marchandises, altération, falsification, doses maxima* : M. A. HERLANT, prof. extraord. Jeudi et vendredi de huit heures et demie à neuf heures et demie. — *Eléments de chimie analytique, qualitative et quantitatiue, opérations chimiques, opérations analytiques* : VAN ANGELEN, prof. extr. Jeudi, de neuf heures et demie à midi et samedi de huit heures et demie à neuf heures et demie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE GAND.

Doyen : M. E. VAN ERMENGEM.— Secrétaire : M. C. DE VISSCHER.

Candidat en médecine, chirurgie et accouchements.

PREMIÈRE ÉPREUVE. — *Eléments d'anatomie comparée :* M. F. PLATEAU, professeur. — *Exercices pratiques d'anatomie comparée,* M. F. PLATEAU, professeur. — *Pharmacognosie et éléments de pharmacie,* M. E. DUBOIS.— *Anatomie de texture générale,* M. C. VAN BAMBEKE. — *Anatomie humaine descriptive,* M. H. LEBOUCQ. — *Démonstrations anatomiques (ostéologie, syndesmologie et myologie),* M. H. LEBOUCQ. — *(Microscopiques, études des éléments et tissus :* M. C. VAN BAMBEKE).

SECONDE ÉPREUVE : — *Physiologie humaine ; exercices de physiologie expérimentale,* M. E. LAHOUSSE. — *Embryologie humaine (anatomie de texture spéciale),* M. VAN BAMBEKE, professeur. — *Anatomie humaine descriptive.* — *Anatomie des régions.* — *Démonstrations anatomiques,* M. H. LEBOUCQ. — *Démonstrations anatomiques microscopiques (études pratiques des organes),* M. C. VAN BAMBEKE.

Docteur en médecine, en chirurgie et en accouchements.

PREMIÈRE EPREUVE. — *Pathologie générale,* M. C. VERSTRAETEN. — *Thérapeutique générale, y compris la pharmacodynamique,* M. N. DU MOULIN. — *Pathologie et thérapeutique spéciale des maladies internes et mentales,* M. E. EEMAN. — *Anatomie pathologique, Démonstrations microscopiques d'anatomie pathologique,* M. B. RODDAERT.

DEUXIÈME ÉPREUVE. — *Pathologie chirurgicale et ophtalmologie,* M. E. BOUQUÉ. — *Théorie des accouchements (suites de couches et gynécologie),* M. C. VAN CAUWENBERGHE. — *Médecine légale, non compris la chimie toxicologique,* M. C. DE VISSCHER. — *Hygiène publique et privée,* M. E. VAN ERMENGEM.

TROISIÈME ÉPREUVE. — *Clinique interne,* MM. N. DUMOULIN et R. BODDAERT.— *Clinique externe.*— MM. F.-J.-D. SOUPART et AD. DE COCK — *Pratique des accouchements, clinique des femmes enceintes et en couches,* M. C VAN CAUWENBERGHE. *Théorie et pratique des opérations chirurgicales,* M. V. DENEFFE. — *Anatomie des régions,* M. H. LEBOUCQ. — *Clinique ophtalmologique,* M. V. DENEFFE. — *Clinique des maladies syphilitiques et des maladies de la peau,* M. C. VERSTRAETEN. — *Policlinique chirurgicale, bandages, appareils et petite chirurgie,* M. DE VISSCHER. — *Policlinique médicale,* M. C. VERSTRAETEN. — *Clinique gynécologique,* M. C. VAN CAUWENBERGHE.

COURS FACULTATIFS. — *Bactériologie,* M.E. VAN ERMENGEM. — *Otologie, laryngologie et rhinologie,* M. E. EERAN.

ENSEIGNEMENT DE LA PHARMACIE A GAND.

Candidat en pharmacie.

Physique expérimentale, M. H. VALERIUS. — *Chimie générale,* Prof. M. TH. SWARTS. — *Botanique générale et spéciale,* M. MAC LEOD. — *Notions élémentaires de minéralogie et de géologie,* M. DUGNIOLLE. — *Manipulations chimiques,* M. TH. SWARTS.

Examen de pharmacien (1).

PREMIÈRE ÉPREUVE. — *Drogues et médicaments en tant que marchandises, altérations, falsifications et doses maxima,* M. N. DUMOULIN. — *Eléments de chimie analytique et toxicologique.* — *Pharmacie théorique et pratique,* M. E. DUBOIS.

SECONDE ÉPREUVE. — *Opérations chimiques, préparations pharmaceutiques, opérations propres à découvrir les falsifications des médicaments, recherches microscopiques,* MM. N. DUMOULIN et E. DUBOIS. — *Analyse générale, opérations toxicologiques.* E. DUBOIS.

COURS FACULTATIFS, — *Recherches des falsifications des denrées alimentaires.* — *Analyse chimique quantitative, analyses spéciales,* M. E. DUBOIS.

(1) Ces matières font l'objet d'une épreuve unique ou de deux épreuves successives.

© ANM

FACULTÉ DE MEDECINE DE LIÈGE

Doyen : M. A. Swaen. — Secrétaire : M. Ch. Firket.

Candidature en médecine, chirurgie et accouchements.

Histologie générale : M. Swaen, prof. ordin. — *Embryologie* : M. Ed. Van Beneden, prof. ordin. — *Anatomie comparée* : M. Ch. Julin, chargé de cours. — *Psychologie* : M. N... — *Anatomie humaine systématique* (ostéologie, myologie, syndesmologie, angéiologie et névrolgie) : M. F. Putzeys, prof. ordin. — *Anatomie humaine systématique* (splanchnologie, organes des sens) *et histologie spéciale* : M. A. Swaen, prof. ordin. — *Physiologie* : M. L. Fredericq, prof. ordin. — *Physiologie des organes des sens* : M. P. Nuel, prof. ordin. — *Anatomie topographique* : M. Ch. Julin, chargé de cours. — *Démonstrations anatomiques* : MM. Swaen et Putzeys, prof. ordin. — *Exercices microscopiques d'histologie* : M. A. Swaen, prof. ord. — *Exercices pratiques de physiologie* : M. L. Freeericq, prof. ordin. — *Exercices d'anatomie comparée* : M Ed. Van Beneden, prof. ordin.

Doctorat en médecine, chirurgie et accouchements.

Pathologie et thérapeutique générales : M. X. Francotte, prof. extraordin. — *Pathologie et thérapeutique générales des maladies infectieuses* : M. F. Henrijean, agrégé spécial. — *Pharmacodynamique et éléments de pharmacologie* : M. J. Van Aubel, prof. ord. — *Anatomie pathologique, y compris les éléments de parasitologie. Parasitologie* (notions complémentaires). *Démonstrations d'anatomie pathologique. Exercices pratiques d'autopsie. Exercices pratiques microscopiques d'anatomie pathologique. Recherches d'anatomie pathologique et de microbiologie* : M. Ch. Firket. — *Pathologie médicale et thérapeutique spéciales des maladies internes, y compris les maladies mentales* : M. C. Vanlair, professeur ordin. — *Pathologie chirurgicale générale* : M. A. Von Winiwarter, prof. ordin. — *Hygiène publique et privée* ; M. F. Putzeys, prof. ord. — *Pathologie chirurgicale spéciale* : M. Th. Plucker, prof. ordin. — *Ophtalmologie* : M. P. Nuel, prof. ordin. — *Obstétrique* : M. F. Fraipont, chargé de cours. — *Médecine légale* : M. J. Van Aubel, prof. ord. — *Théorie pratique des opérations chirurgicales* : M. A. Von Winiwarter, prof. ord.

Exercices pratiques de médecine opératoire.

Clinique médicale. Polyclinique médicale. Exercices de clinique propédeutique : M. V. Masius, prof. ord. — *Démonstrations d'anatomie des régions* : M. Ch. Julin, prof. ordin — *Clinique chirurgicale. Polyclinique chirurgicale* : M. A. Von Winiwarter, prof. ord. — *Clinique ophtalmologique* : M. P. Nuel, prof. ord. — *Clinique obstétricale. Opérations obstétricales. Clinique gynécologique* : M. F. Fraipont, chargé de cours. — *Clinique des maladies syphilitiques et cutanées* : M. Th. Plucker, prof. ordin. — *Clinique des maladies des vieillards* : M. C. Vanlair, prof. ordin. — *Clinique des maladies des enfants* : M. V. Masius, prof. ordin. — *Clinique des maladies mentales* : M. X. Francotte, prof. ord. — *Clinique des maladies du larynx, du nez et des oreilles* : M. Schiffers, chargé de cours.

Pharmacie.

Pharmacognosie, chimie pharmaceutique, pharmacie pratique, altérations et falsifications des médicaments. Exercices pratiques de pharmacie : M. A. Gilkinet, prof. ord. — *Chimie analytique qualitative et quantitative. Exercices pratiques de chimie analytique* : M. A. De Konick, prof. ordin. — *Altérations et falsifications des substances alimentaires. Exercices pratiques d'analyse des substances alimentaires* : M. Arm. Jorissen. — *Eléments de chimie toxicologique. Exercices pratiques de chimie toxicologique* : M. Th. Chaneelon, chargé de cours.

B. Suisse.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE GENÈVE.

M. le Professeur Laskowski, doyen.

ANNÉE 1890-91.

Semestre d'hiver. Cours.

Anatomie normale : M. le Prof. Laskowski. Lundi, mardi, mercredi, jeudi, vendredi et samedi, à 3 heures. — *Conférences et exercices pratiques de dissection* : Le même professeur. Tous les jours. — *Anatomie et physiologie pathologiques générales* : M. le Prof. Zahn. Lundi, mardi, mercredi, jeudi, samedi, à 8 h. — *Autopsies et cours de démonstration* : Le même professeur. Lundi et jeudi de 2 à 4 heures. — *Histologie normale* : M. le Prof. Eternod. Mercredi et samedi, à 8 heures. — *Embryologie* : Le même professeur. Mercredi de 8 à 9 heures et jeudi de 8 à 10 heures. — *Cavité buccale* : Le même professeur. Lundi de 5 à 7 heures. — *Laboratoire pour recherches spéciales d'embryologie et d'histologie* : Le même professeur. Tous les jours, sauf le jeudi (s'adresser au professeur). — *Physiologie* : M. le Profes. Schiff. Lundi, mardi, mercredi, jeudi, vendredi et samedi, de 4 à 5 heures. — *Pathologie interne* : M. le Prof. d'Espine. Mardi, jeudi et samedi, à 5 heures. — *Cours d'auscultation et de percussion* (cours libre) : Le même professeur. Samedi, à 3 heures. — *Pathologie externe* : M. le Prof. Jacques Reverdin. Lundi, mercredi et vendredi, à 6 heures. — *Médecine opératoire* : Le même prof. Mardi, samedi, à 6 heures. — *Clinique et policlinique médicales* : M. le Prof. Revilliod. Lundi, mardi, mercredi, vendredi et samedi, de 10 h. 1/2 à 12. — *Clinique et policlinique chirurgicales* : M. le Prof. Julliard. Lundi, mardi, mercredi, vendredi et samedi, de 9 h. à 10 h. 1/2. — *Clinique obstétricale et gynécologique* : M. le Prof. Alfred Vaucher : Lundi, mardi, mercredi, vendredi et samedi, à 8 heures. — *Cours théorique d'Accouchement* : Le même professeur. Mardi et vendredi, à 2 h. — *Cours théorique de Gynécologie* : Le même Professeur, Mercredi et samedi, à 2 heures. — *Thérapeutique* : M. le Prof. Prévost. Mercredi, à 5 heures ; vendredi, à 3 heures ; jeudi, à 4 heures. — *Hygiène* : M. le Prof. Vincent. Mardi, et vendredi à 6 heures. — *Médecine légale avec exercices pratiques* : M. le Prof. Gosse. Mercredi et vendredi, de 1 à 3 heures. — *Matière médicale et pharmacologie* : M. le Prof. Brun. Lundi et vendredi. — *Psychiatrie* : M. le Prof. Olivet. Mercredi, de 3 à 5 heures. — *Policlinique obstétricale et gynécologique* : M. le Prof. Vulliet. Vendredi, à 4 heures. — *Démonstration et connaissance des instruments* : M. le Dr Aug. Reverdin. Lundi, à 5 heures. — *Bandages et appareils* : Le même professeur. Jeudi, à 11 heures. — *Maladies vénériennes* : M. le Dr H. Oltramare. Lundi, à 6 heures.

Cours de privat-docents.

Clinique ophthalmologique : M. le Dr Barde. Jeudi, de 8 à 10 heures. — *Ophthalmoscopie* : Le même. Jeudi, de 10 à 11 h. — *Obstétrique* : M. le Dr Cordès. Mardi et jeudi, à 6 heures. — *Répétitoire de gynécologie* : M. le Dr Jentzer. Lundi, mercredi et samedi, à 5 heures. — *Répétitoire des maladies nerveuses et mentales* : M. le Dr Ladame. Vendredi, de 5 à 7 heures. *Climatodrothérapie et Balnéothérapie de la phthisie pulmonaire* : M. le Dr de la Harpe. Lundi, à 4 heures. — *Ophthalmologie* : M. le Dr Haltenhoff. Mercredi, à 5 heures. — *Des empoisonnements* : M. le Dr Mégevand. Samedi, à 4 heures. — *Maladies des enfants* (Hospice du chemin Gongas) : M. Ed. Martin. Jeudi à 10 heures. — *La chimie appliquée au diagnostic médical* : M. P. Binet. Jeudi à 11 heures. — *Médecine pratique* : M. Ladé. Mardi et vendredi à 5 heures. — *Cours élémentaire de Physiologie* : M. Girard. Mardi et vendredi à 11 heures. — *Cours théorique et pratique de chirurgie générale* : M. Kummer. Samedi à 6 heures.

Sont accessibles à MM. les étudiants et assistants de l'Université : le cabinet de physique et de mécanique, moyennant l'autorisation du professeur de physique expérimentale ; le musée d'histoire naturelle (galeries de zoologie, d'anatomie comparée, d'ostéologie, de paléontologie et de géologie) moyennant l'autorisation du professeur de zoologie ; les serres du jardin botanique et le conservatoire botanique moyennant l'autorisation du directeur du jardin. Les élèves travaillant dans les laboratoires de la Faculté des sciences peuvent faire usage des bibliothèques attachées à ces laboratoires. La bibliothèque publique (salle de lecture) est ouverte tous les jours. Sont accessibles, en outre, aux élèves de l'Université : l'école de gymnastique, le manège, le conservatoire de musique (ces trois établissements moyennant une rétribution spéciale), le musée Rath, le musée archéologique, le musée épigraphique, le musée historique genevois, le musée Fol, et, à l'Athénée, le conservatoire industriel, la bibliothèque technologique et la bibliothèque de la Société genevoise d'utilité publique. Les cours du semestre d'hiver finiront le 22 mars 1890. L'immatriculation est obligatoire pour MM. les étudiants. Les étudiants et les assistants doivent prendre, dans les quinze premiers jours du semestre, une inscription pour chacun des cours qu'ils se proposent de suivre (y compris les exercices dans les laboratoires et les cours libres, même gratuits). Les programmes détaillés des épreuves exigées pour les différents grades, ainsi que les horaires et le règlement se trouvent chez le secrétaire-caissier de l'Université. Son bureau est ouvert de 8 h. à midi et de 2 h. à 5 h., pendant les quinze premiers jours de chaque semestre ; de 9 h. 1/2 à 11 h. 1/2 et de 2 à 4 h. pendant le reste du semestre.

Les épidémies. — *La fièvre typhoïde.* — On annonce de Grenoble que l'épidémie de fièvre typhoïde qui avait sévi sur le 12e bataillon de chasseurs alpins, occupant une nouvelle caserne, peut être considérée comme terminée. Les mesures prophylactiques prises dès le début de l'épidémie ont donné de bons résultats. Une autre petite épidémie de fièvre typhoïde s'est produite à Gap au 52e de ligne. Le nombre des malades est de 14, le nombre des décès de 4. Mais l'épidémie, loin de se propager, est déjà en décroissance.

© ANM

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LAUSANNE.

Semestre d'hiver du 15 octobre 1890 au 25 mars 1891.

Physique expérimentale : M. H. DUFOUR, prof. ord., 5 h. — *Chimie inorganique* : M. BRUNNER, prof. ord., 5 h. — *Chimie analytique et Toxicologie* : M. BRUNNER, prof. ord., 1 heure. — *Travaux au laboratoire de chimie* : M. BRUNNER, prof. extr., 3 h. — *Botanique générale et pharmaceutique* : M. SCHNEITZLER, prof. ord., 3 h. — *Zoologie* : M. BLANC, prof. extr., 5 heures. — *Travaux de zootomie et d'anatomie comparée* : M. BLANC, prof. extr., 4 heures.

Chapitres choisis de physiques médicale, M. DUFOUR, 1 h. — *Travaux au laboratoire de physique*, M. DUFOUR, 1 h. — *Embryologie comparée des invertèbres*, M. BLANC, 1 h. — *Conférences anatomiques*, M. BUGNION, 1 h. — *Répétitions de physiologie*, M. HERZEN. — *Pathologie générale*, M. STILLING, 5 h. — *Cours pratique d'anatomie pathologique, autopsies et démonstrations*; M. STILLING. — *Pathologie interne*, M. DE CÉRENVILLE. — *Séméiologie*, M. DE CÉRENVILLE. — *Pathologie externe générale*, M. ROUX. — *Obstétrique*, M. RAPIN. — *Clinique opthalmologique*, M. DUFOUR. — *Méthode d'examen de l'œil*, M. DUFOUR. — *Chimie physiologique et pathologique*, M. BOURGET. — *Physique industrielle appliquée à l'hygiène et aux services hospitaliers*, M. DAPPLER.

Anatomie et physiologie générales : M. FOREL, prof. extr., 3 h. — *Anatomie humaine* : M. BUGNION, prof. extr. 5 h. — *Dissection* : M. BUGNION, prof. extr., de 8 h. à midi et de 2 h. à 6 h. — *Histologie* : M. N. LŒWENTHAL, prof. extr., 3 h. — *Technique du microscope* : M. N. LŒWENTHAL, prof. extr., 1 h. — *Physiologie* : M. HERZEN, prof. extr., 6 heures. — *Clinique médicale* : M. DE CÉRENVILLE. — *Clinique chirurgicale* : M. ROUX. — *Opthalmologie* : M. DUFOUR. — *Psychiatrie* : M. RABOUR. — *Thérapeutique et matière médicale* : M. BOURGET. — *Anatomie pathologique* : M. STILLING. — *Clinique obstétricale* : M. RAPIN.

SECTION DE PHARMACIE.

Chimie inorganique : M. BRUNNER, prof. ord., 5 h. — *Chimie analytique* : M. BRUNNER, prof. ord., Volumétrie, 1 h. — *Chimie pharmaceutique*, 2 h. — *Toxicologie* : M. BRUNNER, prof. ord., 1 h. — *Travaux au laboratoire de chimie* : M. BRUNNER, prof. ord., 3 h. après-midi. — *Chimie industrielle* : M. BRÉLAZ, prof. extr., 3 h. — *Analyses techniques*, M. BRÉLAZ, 2 h. — *Physique expérimentale* : M. H. DUFOUR, prof. ord., 5 h. — *Botanique générale* : M. SCHNETZLER, prof. ord., 3 h. — *Botaniqu pharmaceutique*, 3 h. — *Zoologie* : M. BLANC, prof. extr., 5 h. — *Anatomie et physiologie générales* : M. FOREL, prof. extr., 3 h. — *Géologie générale*, M. RENEVIER, 2 h. — *Pharmacognosie et pharmacie*, 2 h. — *Chimie physiologique et pathologique*, M. BOURGET, 2 h.

Détermination des minéraux et des roches : M. H. GOLLIEZ, prof. agrégé, 1 h. — *Répétitions de chimie organique* : M. KUNP, prof. agrégé, 2 h.

Lausanne, 27 octobre 1890.

Cher et très honoré confrère,

Dans mes correspondances des années dernières, je vous ai fait assister au développement de notre Faculté de médecine et de la transformation de notre académie en université. Cette évolution est aujourd'hui complète; la Faculté de médecine de Lausanne est régulièrement constituée; tous ses professeurs sont nommés (je vous ai cité les noms de la plupart d'entre eux l'an passé); les locaux nécessaires à l'enseignement pratique et théorique sont aménagés, et je vois annoncée dans les journaux la date des leçons d'ouverture des cours les plus importants (clinique chirurgicale, médicale, ophtalmologique, psychiatrique, anatomie pathologique, etc.). On me dit que le nombre des étudiants inscrits pour ces cours (non compris les étudiants en anatomie et physiologie) dépasse vingt-cinq, ce qui est, en somme, un joli commencement.

Je viens de visiter, sous l'aimable conduite de MM. les professeurs de chirurgie et d'anatomie pathologique, les Drs Roux et Stilling, l'auditoire consacré à l'enseignement chirurgical clinique et l'instiut pathologique. Comme partout, le premier n'est autre que la salle d'opérations de l'hôpital cantonal, à laquelle on a ajouté des bancs en gradins pour les étudiants. Éclairé à profusion, le jour par de larges fenêtres percées dans ses parois et son plafond, le soir par l'électricité, cette salle est chauffée au moyen d'un grand serpentin à eau chaude, qui donne facilement la haute température requise pour les opérations abdominales, par exemple, lesquelles se pratiquent dans cette salle aussi bien que les autres. Le sol de cette pièce est constitué par du terrazo, d'un nettoyage facile, à surface inclinée, de façon à permettre un écoulement rapide des eaux de lavage par un égout. Des armoires, partie en tôle, partie en verre, renferment les instruments et les objets de pansement, qui sont stérilisés au moyen d'une étuve placée dans une pièce adjacente. La table d'opérations est celle du professeur Julliard (de Genève). Vous la connaissez; elle a du reste figuré à l'Exposition de Paris. M. Roux lui a fait subir une modification qui la rend plus pratique pour les larges irrigations nécessités par certaines opérations.

Le liquide antiseptique employé est une solution de sublimé à concentration variable suivant les besoins. Détail qui peut vous intéresser encore, le *Progrès* ayant ouvert sur ce sujet une discussion pleine d'intérêt, le Dr Roux emploie exclusivement l'éther pour ses narcoses. Notre jeune et laborieux professeur de chirurgie est un partisan des plus convaincus de la supériorité de l'éther sur le chloroforme, sous le rapport de la rapidité et de la sécurité de son action. J'ai vu moi-même quelques-unes de ses narcoses à l'éther, et ce mode d'anesthésie me paraît fort pratique pour les opérations qui se pratiquent ailleurs qu'à la face. Bref, tout me semble réuni dans cette installation pour réaliser le vieux précepte à la base de tout traitement : *tuto, cito et jucunde*.

Mais parlons de l'Institut pathologique, installé vis-à-vis de l'hôpital, à quelques pas de distance, pour la plus grande commodité des étudiants, qui passeront, le plus aisément du monde, du lit des malades à la table d'autopsie, de la clinique à l'anatomie pathologique, son indispensable complément. Tout frais construit, le nouveau bâtiment se dresse sur un des points les plus élevés de la pittoresque ville, qu'il domine, ainsi que le magnifique paysage qui l'entoure. Avec des ressources assez limitées, je trouve qu'on y a bien fait les choses. Au rez-de-chaussée, nous y voyons une morgue, une salle d'autopsies, avec gradins pour les étudiants, une salle pour collections anatomo-pathologiques. Le premier étage comprend un auditoire ingénieusement aménagé à la fois pour l'enseignement théorique et les travaux de microscopie, le cabinet de travail de M. le Pr Stilling, une pièce réservée aux médecins qui désirent se livrer à des travaux de microscopie, enfin un petit laboratoire de bactériologie. L'institut est pourvu de tout l'outillage requis par la science actuelle : microscopes perfectionnés, microtomes, étuves à cultures, appareils réfrigérateurs, etc. Quant au matériel, il ne fera pas défaut, M. le professeur Stilling comptant, d'après les statistiques des années précédentes, sur environ 200 autopsies par an, fournies tant par l'hôpital cantonal que par l'asile cantonal pour les aliénés de Céry.

Les autres enseignements pratiques sont donnés soit à l'hôpital cantonal (cliniques médicale et obstétricale), soit à l'hôpital ophtalmique (clinique ophtalmologique), établissement privé, non subventionné par l'État, mais pourvu néanmoins d'un matériel abondant, soit à l'Asile cantonal de Céry (clinique psychiatrique), qui est assez vaste pour héberger 500 malades et qui n'est que trop rempli. Je ne vous parle pas de l'enseignement de l'anatomie et de la physiologie, qui, comme vous le savez, fonctionne à Lausanne depuis plusieurs années, à la satisfaction générale.

Dans ces conditions, et avec le mérite incontestable des professeurs élus, je puis affirmer, tout amour-propre local mis à part, que les étudiants en médecine qui viendront chercher leur instruction à Lausanne, y trouveront, sans compter l'accueil cordial de la bonne population vaudoise et les charmes d'un pays enchanteur, les moyens de travailler sérieusement, d'acquérir des notions variées et solides, sous la direction d'hommes zélés, qui n'étant pas débordés par un nombre excessif d'élèves n'en donneront à chacun d'eux qu'une plus large part de leur activité enseignante.

Veuillez, mon cher directeur, recevoir l'impression de mes sentiments les plus sympathiques. Dr EPERON.

© ANM

C. Canada.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE CHIRUGIE DE MONTRÉAL.

PROFESSEURS.

Matière médicale et thérapeutique : Prof. M.-J. EMERY CODERRE. — *Accouchements et clinique d'obstétrique* : E. D'ODET D'ORSONNENS. — *Clinique chirurgicale* : W.-H. HINGSTON. — *Physiologie et Patologie générale* : G.-O. BAUDRY. — *Médecine légale et Botanique* : L.-B. DUROCHER. — *Chirurgie* : BRUNELLE. — *Histologie et ophtalmologie* : DESJARDINS — *Anatomie descriptive* : D. MIGNAULT. — *Hygiène* : A.-H. PAQUET. — *Chimie* : J.-P. CHARTRAND. — *Pathologie interne* : L.-A. DEMERS. — *Clinique médicale* : J. GUÉRIN. — *Clinique d'otologie, de rhinologie et de laryngologie* : J.-B. ROLLAND. — *Bibliothécaire* : LEBLANC. — *Conférenciers* : J.-M. BEAUSOLEIL; A. POITEVIN; BARIL. — *Démonstrateurs d'anatomie* : J. LESPÉRANCE; — P. ROYAL. — *Clinique des maladies des enfants* : J. A. ASSELIN.

FACULTÉ DE MÉDECINE (UNIVERSITÉ LAVAL) DE MONTRÉAL.

Doyens : C. H. LEMIEUX et J. P. ROTTOT. — Secrétaires : A. VALLÉE et E. P. CHAPPEL.

Pathologie et clinique internes : J.-P. ROTTOT. — *Physiologie et Pathologie générales* : E.-P. LACHAPELLE. — *Anatomie descriptive* : A. LAMARCHE. — *Matière médicale* : A. PICARD. — *Tocologie* : DAGENAIS. — *Clinique interne* : J.-A. LARAMÉE. — *Pathologie et clinique externes* : A.-T. BROSSEAU. — *Clinique externe et chimie* : N. FAFARD. — *Anatomie pratique* : E. BERTHELOT. — *Hygiène* : SÉVERIN LACHAPELLE. — *Toxicologie* : F. DESROSIERS. — *Maladies des enfants et Botanique* : SALLUSTE DUVAL. — *Clinique d'oculistique et d'otologie* : A. FOUCHER. — *Histologie et médecine opératoire* : AZARIE BRODEUR. — *Anatomie descriptive et Clinique* : C. E. LEMIEUX. — *Phisiologie* : J. C. TACHÉ. — *Pathologie générale, maladies des yeux et des oreilles* : I. A. SIMARD. — *Pathologie interne, thérapeutique spéciale et clinique interne* : O. H. VERGE. — *Pathologie externe, médecine opératoire et clinique externe* : L. CATELLIER. — *Anatomie pratique, médecine opératoire, clinique externe* : M. AHERN. — *Matière médicale* : P. WELLS. *Histologie* : E. TURCOT. — *Hygiène* : M. BROCHUT. — *Médecine légale et toxicologie* : J. LAVOIX, agrégés, H. C. HAMEL, A. MARAIS, A. JOYAL.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BEYROUTH (TURQUIE D'ASIE).

Année scolaire 1890-1891.

Distribution des cours. — Chaires.

Chimie : M. SOULERIN, professeur. — *Histoire naturelle* : M. VINCENT, professeur. — *Physique* : M. MARCELLIER, prof. — *Matière médicale* : M. BALDY, professeur. — *Petite chirurgie* : M. KHOURY, professeur. — *Anatomie* : M. NÈGRE, professeur. — *Pathologie externe* : M. HACHE, professeur. — *Pathologie interne* : M. DE BRUN, professeur. — *Obstétrique* : M. ROUVIER, professeur. — *Thérapeutique* : M. BOYER, professeur.

Cliniques.

Clinique médicale : M. DE BRUN, samedi à 8 h. — *Clinique chirurgicale* : M. HACHE, vendredi à 8 h. — *Clinique obstétricale* : M. ROUVIER, vendredi à 10 h., 4e année. — *Policlinique* : M. BOYER, samedi à 10 h., 4e année. — *Policlinique* : M. NÈGRE, vendredi à 10 h., 3e année. — *Clinique ophtalmologique* : M. KHOURY, lundi à 10 h., 3e année.

Travaux pratiques et Conférences.

Pharmacie : M. BALDY, conférence, 2e et 1re année, travaux, 1re année. — *Chimie* : M. SOULERIN, confér. et travaux, 1re année. — *Histoire naturelle* : M. VINCENT, conférence, 1re année. — *Physique* : M. MARCELLIER, conférence, 1re année. — *Anatomie, Histologie et Physiologie* : M. NÈGRE, travaux d'histologie et manipulations, 2e année.

Distributions des Cours.

Chaires.

Matière médicale : M. BALDY, professeur. — *Pharmacie* : M. BALDY, professeur. — *Chimie* : M. SOULERIN, professeur. — *Chimie* (cours spécial) : M. SOULERIN, professeur. — *Botanique* (cours spécial) : M. VINCENT, professeur. — *Histoire naturelle* : M. VINCENT, professeur. — *Physique* : M. MARCELLIER, prof. — *Physique* (cours spécial), M. MARCELLIER, professeur.

Travaux pratiques et Conférences.

Pharmacie : M. BALDY, conférence à 10 h. 1/2, travaux à 1 h. 1/2. — *Chimie* : M. SOULERIN, conférence à 2 heures 1/2, travaux à 2 h. — *Botanique* : M. VINCENT, conférence à 2 h. 1/2. — *Physique* : M. MARCELLIER, conférence à 8 h. 1/4, travaux à 3 h. 3/4.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES.

Dans les précédents Numéros des étudiants, nous avons donné de nombreux renseignements sur l'Enseignement de la médecine à l'étranger. Comme il n'est survenu aucun changement important, nous y renvoyons nos lecteurs, nous bornant cette année à quelques renseignements complémentaires.

Finlande.

La Finlande a une Université; fondée en 1640 à Abo, où elle était placée jusqu'à 1827, elle fut, à cette époque, transportée, par suite d'un incendie, à Helsingfors, capitale du pays. Les professeurs de la Faculté de médecine font leurs cours en suédois; quelques-uns, dans les autres Facultés, font les cours en finnois.

A présent, les étudiants inscrits à l'université sont au nombre d'environ 1,900, dont une vingtaine de femmes et environ 150 étudiants en médecine, parmi lesquels 2 femmes. Pour être admis à la Faculté de médecine, l'étudiant doit passer d'abord devant la Faculté des sciences un examen, comprenant deux épreuves par écrit, l'une traduction en langue étrangère (l'allemand, le français, l'anglais ou le latin), l'autre une composition dans la langue maternelle sur un sujet donné par la Faculté; de plus un examen oral. Celui-ci comprend la chimie, la physique, la botanique et la zoologie. Avant de passer l'examen public devant les professeurs réunis, l'élève doit subir un examen particulier devant chacun des professeurs. Le temps nécessaire à un étudiant pour se préparer à cet examen est de 2 ans. Admis maintenant à la Faculté de médecine, il s'occupe des travaux pratiques d'anatomie et de travaux semblables au laboratoire de physiologie. Au bout de deux ans environ, il se présente à l'examen de candidat en médecine (medicine-kandidat-examen) qui comprend d'abord une épreuve particulière et orale en anatomie, physiologie, chimie physiologique et pharmacologie, puis un examen public sur les mêmes matières. Pour chaque matière, il y a les trois mentions : « approbatur, cum laude approbatur, laudatur ». Reçu à cet examen, il commence son stage dans les cliniques, à savoir : neuf mois à la clinique médicale, huit mois à celle de chirurgie, cinq mois au service d'accouchement et trois mois à chacune des cliniques syphilitique, ophtalmologique et des maladies mentales. Tout candidat doit, pendant son stage, examiner des patients et prendre des observations sur leurs maladies; de plus, faire des travaux pratiques d'anatomie pathologique (autopsies et microscopie). Cela fait, il se présente enfin aux examens particuliers, puis publics de licencié (medicine-licentiat) dans les branches mentionnées de la médecine, plus la médecine légale. Ce grade donne le droit d'exercice sans restriction et la compétence d'occuper les emplois médicaux d'état.

Pour obtenir le titre de docteur, il rédige une thèse et la soutient publiquement devant la Faculté, laquelle désigne un opposant qui examine la thèse et prononce un jugement là-dessus. Des objections peuvent être faites en outre par n'importe quel auditeur.

Les études complètes de médecine à l'université de Helsingfors exigent au moins un temps de huit ans.

Les professeurs sont : Hallsfién (Physiologie); Runeberg (Clinique médicale); Asp (Anatomie); Homén (Anatomie pathologique et médecine légale); Sundvik (Chimie physiologique et pharmacologie); X... (chaire vacante) (Clinique chirurgicale); Heinricius (Obstétrique et Maladies d'enfance); les agrégés sont : Schultén (Chirurgie); Holsti (Médecine interne); Wahlfors (Ophtalmologie); Smirnoff (Syphiliographie); Stenback (Obstétrique); Engstrom (Gynécologie); Lundstrom (Syphiliographie); Nordman (Ophtalmologie); Sucksdorff (Hygiène); Pipping (Maladies de l'enfance); Siewers (Médecine interne); Torngren (Obstétrique); Fagerlund (Médecine légale); Clopatt (Maladies de l'enfance).

Parmi les cliniques et les laboratoires affectés à chaque chaire, il faut citer la *nouvelle clinique chirurgicale*, très richement installée et construite d'après toutes les exigences de la chirurgie moderne.

Roumanie.

Il existe deux Facultés de Médecine, une à Bucarest et l'autre à Jassy. La première possède plusieurs laboratoires, parmi lesquels on peut remarquer celui du savant professeur Babes; en outre, il existe plusieurs cliniques représentées par des professeurs très distingués, dont le nom est connu par les différents travaux publiés,

© ANM

soit en Roumanie, soit en France. La Faculté de Jassy, beaucoup plus jeune que celle de Bucarest, manque de plusieurs cliniques ; mais, prenant en considération la bonne volonté et l'amour pour la science dont est munie l'actuelle Epitropie St-Spiridon, il est à espérer que prochainement la Faculté pourra obtenir les chaires vacantes, car, une fois les places choisies, il ne restera à M. le Ministre de l'Instruction publique que de se conformer au programme de la Faculté de Bucarest, tout en publiant les concours pour les trois principales cliniques : mentale, infantile et maladies des yeux.

Pour le moment, l'Epihopie, ayant organisé un nouveau service pour les maladies des yeux, les étudiants suivent régulièrement les cliniques du professeur Sokor, élève très distingué du Dr Arlt, de Vienne.

Faculté de médecine de Bucarest. — Botanique : Professeur Grecescu. — Zoologie : Prof. Sichleanu. — Chimie : Prof. Atanasescu. — Physique : Prof. Bacaloglu. — Anatomie : Prof. Petrini (Paul). — Histologie : Prof. Petrini (Galatz). — Physiologie : Prof. Grigorescu. — Pathologie externe : Prof. Komniceanu. — Anatomie pathologique : Prof. Severin. — Pathologie interne : Prof. Alexiani. — Médecine opératoire : Prof. Demostene. — Pharmacologie : Prof. Maldarescu. — Pathologie générale : Prof. Theodori. — Hygiène : Prof. Félix. — Thérapeutique : Prof. Petrescu (Z.). — Médecine légale : Prof. Sutzu. — Bactériologie et pathologie expérimentale : Prof. Babes. — Clinique médicale : Prof. Calendero et Stoicesco. — Clinique chirurgicale : Prof. Assaky et Severeanu. — Clinique mentale : Prof. Sutzu. — Clinique obstétricale : Prof. Draghiescu. — Clinique infantile : Prof. Sergiu. — Clinique des maladies des yeux : Prof. Manolescu.

Faculté de Jassy. — Chimie : Prof. Kiegler. — Physique : Prof. Stravolca. — Botanique et zoologie : Prof. Leon. — Anatomie : Prof. Peride. — Physiologie : Prof. Sokor. — Histologie : Prof. Negel. — Pathologie externe : Prof. Botez. — Pathologie interne : Prof. Buicli. — Médecine opératoire : Prof. Samfirescu. — Anatomie pathologique : Prof. Negel. — Pharmacologie : Prof. Rizu. — Pathologie générale : Prof. Thiron. — Hygiène : Prof. Rojnitza. — Médecine légale : Prof. Ciure. — Clinique chirurgicale : Prof. Sculy. — Clinique médicale : Prof. Russ. — Clinique obstétricale : Prof. Bastaki.

A travers la clinique du Dr Unna (1) ;

par le Dr W. VAN HOORN (Amsterdam).

Dernièrement, j'ai eu l'occasion de faire une série de visites à la clinique du Dr Unna et aux établissements qui y sont annexés. Ce que j'ai vu là et ce que j'y ai entendu me semble assez important pour y donner de la publicité.

Qu'on me permette de donner d'abord une courte description de ce que j'oserais appeler la *colonie dermatologique*, à la tête de laquelle se trouve le fameux médecin Hambourgeois.

Au commencement, il soignait quelques-uns de ses malades indigents dans une maison située à Hambourg, près de sa demeure. Dès que la nécessité d'admettre aussi des malades payants se fit sentir, la place disponible fut reconnue insuffisante.

Le Dr Unna se décida alors à créer dans un des faubourgs, une *clinique particulière*, qui depuis, s'est développée, jusqu'à devenir une institution, dont peut-être au monde entier on chercherait en vain la rivale.

A une distance d'environ une lieue du centre de Hambourg, mais facile à atteindre par le *train*, dans un ancien parc, quatre villas, dans la proximité immédiate les unes des autres, sont bâties.

L'une peut contenir environ quarante lits, pour trois classes de malades. Au rez-de-chaussée d'un pavillon attenant se trouvent la bibliothèque et la salle des opérations ; les autres salles peuvent servir en cas d'une trop grande affluence de malades.

Le Dr Unna habite la troisième maison avec sa famille. La quatrième contient plusieurs laboratoires, un atelier de photographie et des appartements pour les élèves.

Il y a plus de deux ans que les laboratoires ont été mis à la disposition des élèves ; l'admission est restreinte à ceux qui sont déjà reçus docteurs. Depuis ce temps, une trentaine de médecins de nationalité différente ont été occupés ici ; dont deux, MM. von Düring et Fommasoli, ont maintenant des chaires de dermatologie à Constantinople et à Modène.

(1) Communication faite au Cercle médical d'Amsterdam (séance du 20 octobre 1890).

Lors de mon séjour à Hambourg, il n'y avait que peu d'élèves ; mais au printemps dernier, sept médecins y avaient travaillé, sous la conduite du Dr Förok, chef du laboratoire d'histologie, et du docteur von Sehlen, chef du laboratoire de bactériologie. Deux places sont vacantes pour le moment.

J'ai appris que le Dr Unna se propose de n'admettre, à l'avenir, que les élèves qui veulent s'engager à rester au moins un an.

Le soin direct de la clinique est confié à un interne (docteur) ; en outre, depuis janvier dernier, le Dr Unna dispose d'un médecin assistant dans la ville proprement dite, qui se charge de toute la pratique particulière de son chef et ne peut disposer de son concours que durant deux heures, quatre matinées par semaine. On m'a dit que, par suite de cet arrangement, la clientèle du Dr Unna, à Hambourg, avait encore augmenté.

Mais ce sont surtout les travaux scientifiques qui en profitent, le Dr Unna pouvant s'y consacrer trois jours ininterrompus.

Le médecin assistant mentionné en dernier lieu est en outre chargé du soin de la policlinique, dont, avec étonnement, j'ai remarqué le nombre peu élevé de malades. Sans doute, je n'irai pas la comparer à celle de l'hôpital Saint-Louis. Même l'affluence chez mon ancien chef, M. le Pr van Haren Noman, sera de six à sept fois plus grand.

Le peu d'importance que je constate doit être attribué en grande partie à la situation peu favorable de la policlinique, mais peut-être aussi, le peu d'enthousiasme à la conduire, qu'un précédent assistant avait montré, y aura contribué. Probablement, l'affluence ne tardera pas à augmenter, parce que le chef de clinique actuel semble posséder et le zèle et l'aptitude nécessaires pour faire prospérer une policlinique.

Dans le local où se trouve cette policlinique, le mardi soir, le Dr Unna fait à ses élèves une leçon précédée d'un discours sur quelques cas présents. Une démonstration au microscope de préparations, ayant rapport à la leçon du mardi, a lieu le vendredi soir au laboratoire.

Dans le cours de mon séjour, j'ai vu et des cas importants et des méthodes de traitement remarquables, dont une partie se fondent sur des opinions particulières au Dr Unna sur la nature de quelques affections cutanées. Abstraction faite de ce qui est plus généralement connu, comme le traitement de la lèpre et du lichen planus, le traitement particulier à M. Unna attirant principalement l'attention est celui qui se rapporte à l'eczéma, l'acné vulgaire et la rosacée.

Avant de continuer, je dois faire observer que je ne me propose pas de donner un exposé critique. Je ne veux que tâcher d'exposer ce que j'ai appris sur les manières de voir de M. Unna et je dois mentionner que, pour prévenir des erreurs, j'ai lu les parties principales de ce compte rendu à M. Unna lui-même. Les informations détaillées et précises qui m'ont mis en état de faire cet exposé sont dues à l'aimable obligeance du premier médecin-assistant, M. le Dr Leistikow.

I. — M. Unna ne reconnaît que des eczémas chroniques, et ne considère les cas dits aigus que comme les acerbations d'un processus chronique.

II. — A l'exception de ce qu'il a appelé *l'eczéma nerveux*, M. Unna croit tous les eczémas des affections parasitaires.

III. — Presque tous les eczémas, qu'il appelle *parasitaires*, tous les cas d'acné vulgaire, de roséole, et même la plupart des cas de psoriasis, selon M. Unna, se trouvent en rapport étiologique avec la séborrhée. Il soutient que dans des cas pareils, en dehors des autres symptômes, on constatera toujours plus ou moins de pellicules sur le cuir chevelu, ce qui prouverait une séborrhée antérieure, à la suite de laquelle les autres symptômes se seraient développés. Il ne fait exception que pour son *eczéma scrofuleux* ou *tuberculeux*, pour un petit nombre d'eczémas locaux, et peut-être aussi pour les cas de psoriasis qui ne s'étendent qu'aux coudes et aux genoux.

La première variété ne se présente que chez les enfants, et se caractérise par ceci, que l'exanthème commence à la tête, aux confins de l'épiderme et des muqueuses, qu'il aime à présenter un caractère érythémateux, qu'il montre une tendance à la sécrétion humide et à devenir croûteux, qu'il peut aboutir à l'œdème, et qu'il est accompagné d'affections scrofuleuses ou

© ANM

tuberculeuses des yeux, des oreilles, du nez ou des glandes lymphatiques.

M. Unna ne conteste pas l'existence d'autres variétés parasitaires, qui ne sauraient être comprises sous le nom d'*eczéma séborrhoïque* ; mais en les observant, d'année en année, il les voit diminuer en proportion, tandis que, par contre, le nombre augmente des cas où il croit devoir diagnostiquer l'eczéma séborrhoïque.

On pourra se figurer les conséquences que ces manières de voir ont eues pour la thérapeutique de M. Unna. *Sublata causa, tollitur effectus.* — Cette thérapeutique, en général, se dirige contre les parasites supposés. De plus, c'est une règle fixe pour le traitement de toutes maladies mentionnées sous ce rapport, qu'on traite d'abord ou en même temps à cause de séborrhée. Le traitement préconisé pour la séborrhée consiste en ceci : savonnage à la solution alcoolisée au savon mou de potasse de Hébra, puis application d'une pommade contenant du soufre, de la résorcine, ou l'un avec l'autre. Le traitement de l'affection, que la séborrhée accompagne, est différent selon les cas.

Le traitement de l'*eczéma séborrhoïque* diffère d'après la violence des symptômes inflammatoires, et aussi d'après la localisation (le siège) de l'affection. L'eczéma des enfants ou celui de la tête chez les adultes montre-t-il des symptômes aigus, on commence par quelque « Salbenmull » (préparation particulière à M. Unna, quelque onguent étendu sur de la mousseline), contenant d'abord l'oxyde de zinc, ou l'oxyde de zinc avec de l'ichthyol et puis de l'oxyde de zinc avec du soufre. Après cela on emploie une pâte de Lassar (1), modifiée, où avec l'oxyde de zinc sont combinés le soufre et la cinabre. Dans les cas qui ne supportent pas l'application de la graisse, ou produisent beaucoup de sécrétion, on se sert d'une gélatine, par exemple de la gélatine à l'oxyde de zinc, ou de gélatine à l'oxyde de zinc et l'ichthyol ; si le résultat n'est pas satisfaisant, la peau malade est saupoudrée de soufre avant l'application de la gélatine.

Si l'eczéma n'est accompagné d'aucun symptôme aigu, ou si ces symptômes ont disparu, la partie affligée est enduite d'un vernis composé de l'acide pyrogallique, l'huile de cadlem (huile de cade) et la solution alcoolisée de résine de Guajac, et la gélatine est appliquée dessus.

L'eczéma sec à infiltration considérable est d'emblée traité par la pâte contenant l'oxyde de zinc avec le soufre.

L'eczéma des mains est soigné à peu près de la même manière ; seulement, on emploie des remèdes plus forts. Ici la marche à suivre, d'après la violence des symptômes, d'après la sécheresse et la dureté de l'eczéma, est ordinairement :

I. — « *Sablenmull* » ou gélatine.

II. — Enduire d'une formule iodée et appliquer après « *Sablenmull* ».

III. — Fomentations à la pommade de résorcine très diluée.

IV. — Vernis à l'acide pyrogallique, l'huile de cade et la résine de Guajac ; puis après la gélatine.

V. — La pâte à l'oxyde de zinc avec le soufre.

VI. — Pommade composée de la résorcine, de l'ichthyol et de l'acide salycilique.

VII. — Pommade contenant l'acide pyrogallique, l'ichthyol et l'acide salicylique, ou bien, la chrysarobine, l'ichthyol et l'acide salycilique.

VIII. — L'emplâtre à l'acide salicylique et l'extrait de chanvre.

IX. — L'emplâtre à la chrysarobine.

Pour la poitrine et pour les bras c'est la même chose. Seulement, on n'y emploie pas d'emplâtres, qui rendraient le traitement trop coûteux.

Pour combattre l'*eczéma séborrhoïque* du *scrotum*, on se sert principalement de fomentations à la solution diluée de la résorcine et de « *Salbenmull* » (contenant de l'oxyde de zinc avec de l'ichthyol, ou de l'oxyde de zinc avec du soufre). Quelquefois aussi de la pâte à l'oxyde de zinc avec le soufre et la pommade composée de résorcine, de l'ichthyol et de l'acide salicylique. Dans les cas d'eczéma de l'anus, accompagné de démangeaisons, on fait usage du *sapo unguinosus*, savon de potasse à surplus de graisse. On y ajoute 10 à 15 p. 100 d'huile de cade. On fait frictions de ce mélange deux ou trois fois par jour et on se sert d'eau chaude pour le faire mousser. Après, on applique la « *mousseline à pommade* » (*Salbenmull*), qu'on attache à l'aide d'un bandage de tulle.

Le *sapo unguinosus* peut être remplacé par l'esprit-de-vin au savon mou de potasse du Dr Hébra, auquel on ajoute 10 0/0 d'acide phénique.

Pour guérir les irritations (inflammations) après le traitement à la chrysarobine, etc., on fait usage de la *gélatine* et de la « *mousseline à pommade* » à l'oxyde de zinc. Dans les derniers temps, dans ce but, fréquemment on applique une pommade contenant plus de cinquante pour cent d'une solution au bisulfite de chaux. Et, en général, cette pommade, tout comme l'acide sulfureux en solution, est fréquemment employée après la guérison de l'eczéma ou du psoriasis. Quelquefois même, on mélange la solution du bisulfite de chaux aux pommades contenant de la chrysarobine, pour prévenir les irritations et pour empêcher que des sels alcalins de l'acide chrysophanique ne se forment, parce que ceux-ci agissent moins favorablement.

Le traitement de l'*acné vulgaire* et de la rosacée a beaucoup de ressemblance. Il diffère d'après ce que les malades peuvent où ne peuvent pas rester chez eux. Le malade qui peut rester chez lui est frictionné trois fois par jour d'une pâte à l'oxyde de zinc qui contient 50 pour cent de la résorcine. Après trois à quatre jours une couche brunâtre se forme. Alors, pendant trois à quatre jours, on applique la « *mousseline à pommade* » (*Salbenmull*), ou la *gélatine* à l'oxyde de zinc avec l'ichthyol, et l'épiderme repoussé peut être éloignée après. Donc ce traitement prend une semaine ; il se répète aussi souvent que possible, jusqu'à ce que le succès soit complet. S'il s'agit de rosacée, durant le traitement décrit, on fait usage du « Microbrenner » (modification du thermocautère du Dr Paquelin : Voir Monatshefte f. prakt. Dermat., 1890) pour amener l'oblitération des vaisseaux enflés. En outre, on prescrit l'ichthyol pour l'usage interne, pour obtenir le rétrécissement des petits vaisseaux sanguins.

Si les malades ne peuvent ou ne veulent pas se soustraire temporairement à la société, M. Unna, plusieurs fois par jour, fait prendre des savonnages à l'eau chaude, soit au savon au marbre Voir Monatshefte f. pr. Derm.), soit au « savon au sublimé », ou bien il fait simplement laver à l'eau chaude, avec la poudre de marbre mélangée ou non de soufre. Ensuite application d'une pommade au soufre ou au sublimé. Souvent il emploie aussi l'esprit-de-vin au savon mou de potasse du Dr Hébra.

Après la pommade, il se sert d'une pâte à l'oxyde de zinc qui contient de la résorcine et du sublimé ou, au lieu du sublimé, du soufre.

Les petits points noirs de la tête du *comédo*, qui se rencontrent aussi çà et là où il n'y a pas de *comédo* proprement dit, se décolorent après l'application du superoxyde d'hydrogène (H^2O^2). On peut ajouter ce remède à la pommade au soufre ou au sublimé dont on se sert en cas d'acné.

Le traitement du *psoriasis* ne diffère pas sensiblement de celui que M. Unna applique aux variétés sèches de l'*eczéma séborrhoïque*.

Il aime aussi appliquer durant deux ou trois jours un emplâtre contenant de l'acide salicylique et de la créosote, puis la pommade à la chrysarobine, avec l'ichthyol et l'acide salicylique, avec ou sans y ajouter du précipité blanc de mercure. Il se sert encore d'une pâte à l'oxyde de zinc combinée avec beaucoup de résorcine. Rarement il prescrit de l'arsenic aux malades.

Parmi les cas remarquables que j'ai vus tant à la clinique qu'à la consultation privée de M. Unna, deux cas de *xéroderma pigmentosum*, méritent l'attention, car dans ceux-ci Kaposi, Unna et M'Call Anderson (Glasgow) sont arrivés à un diagnostic conforme. Les deux malades sont soumis à l'application de remèdes oxydants, et restent, tant qu'il fait jour, dans une

(1) Voir, pour les formules : Monatshefte für Praktische Dermatologie, publiées par le Dr Unna, X Band, n° 1, 1890.

© ANM

chambre où sur les vitres on a collé du papier jaune pour empêcher l'action chimique de la lumière.

Durant plus de quinze jours, j'ai suivi ce traitement, et dans ce court espace de temps j'ai pu constater de l'amélioration.

J'ai vu encore un certain nombre de *lépreux*, dont le traitement ressemble beaucoup à celui qu'on trouve indiqué pour le *psoriasis*. M. Unna voit les meilleurs résultats avec le traitement à l'acide pyrogallique et à l'ichthyol.

Il soutient que la *lèpre* est guérissable quelquefois, et que dans tous les cas, le traitement local des taches et des tubercules doit être relativement d'un grand avantage pour les malades, la grande majorité des bacilles se trouvant, selon lui, dans la peau.

De plus, j'ai remarqué une vieille femme souffrant d'une variété de granuloma, qui consiste en ce que toute la peau porte de nombreuses tumeurs sous-cutanées, peu élevées. Comme on ne pouvait constater aucun eczéma précédent ni quelque ulcération, M. Unna ne considère pas cette maladie comme un cas de *granuloma fungoïdes*, mais comme une maladie spéciale. Un traitement à la chrysarobine, à l'acide pyrogallique et à l'ichthyol, à différentes reprises, a semblé faire diminuer la grosseur des tumeurs.

Je ne veux pas terminer cette esquisse sans avoir mentionné que M. Unna, à Hambourg, voit bien rarement le *prurigo d'Hébra*, et presque jamais le *favus*. Par contre, il y a relativement beaucoup de *trichophytie*, que M. Unna prétend guérir en trois ou quatre semaines, par un traitement à la teinture d'iode, à la solution d'ichthyol et à la chrysarobine. La marche de la guérison est contrôlée, en faisant, de semaine en semaine, des ensemencements dans de la gélose. Dès que les ensemencements restent stériles, la guérison est acquise.

Je passe sous silence nombre d'autres affections cutanées, où M. Unna, par des méthodes particulières de traitement, obtient des résultats favorables. Je dois abréger et ne saurais les énumérer toutes.

J'ai cru devoir surtout appeler l'attention sur le traitement de l'*eczéma* et de l'*acné*, parce qu'il se base immédiatement sur les opinions de M. Unna concernant la nature de ces affections fréquentes, parce que ces opinions s'écartent des manières de voir généralement acceptées ; surtout aussi parce que, dans la courte durée de mon séjour, j'ai pu constater le succès. Pour mieux pouvoir comparer, je ne me rendais pas quotidiennement à la clinique, mais je distançais quelquefois mes visites en restant absent un ou deux jours. A la visite prochaine, je ne manquais jamais ne trouver visiblement avancés les malades.

En ce qui concerne les modes d'application, rien n'a autant attiré mon attention que l'usage fréquent du « *pot à gélatine* ».

Non seulement les *eczémas* sont traités à la *gélatine*, mais partout où l'on emploie des emplâtres ceux-ci sont fixés par l'application de la *gélatine*. Dans tous les cas où l'on désire non seulement un remède local, mais encore de la pression, j'ai vu employer la *gélatine*. A tous les ulcères de la jambe, par exemple, on appliquait un pansement à la gélatine, et j'ai été frappé des résultats obtenus.

1re ANNÉE. OCCASIONS. — *Physiques médicales* : GARIEL, **7** fr. **50** ; WUNDT, **8** fr. ; LEFÉVRE, **4** fr. ; MERGIER, **3** fr. **50**. — *Chimies* : GAUTIER, 2 vol., **22** fr. ; GRIMAUX, 2 vol., **6** fr. ; ENGEL, **6** fr. — *Botaniques* : BAILLON, 2 vol., **15** fr. ; HÉRAIL, **9** fr. — *Histoire naturelle* : LANESSAN, 2 vol., **14** fr. ; CAUVET, **8** fr. — *Zoologies* : BLANCHARD, 2 vol., **14** fr. ; CARLET, **5** fr. ; ROULE, **5** fr. — BLONDEL, *Matière médicale*, **6** fr. ; MACÉ, *Bactériologie*, **5** fr. ; MONIEZ, *Parasites*, **2** fr. ; dernières éditions chez **LEFRANÇOIS**, 9, rue Casimir-Delavigne, Paris.

2e ANNÉE. OCCASION. — *Anatomie* : SAPPEY, 4 vol., **40** fr. ; CRUVEILHER, 3 vol., **28** fr. ; TESTUT, 2 vol., **15** fr. ; MOYNAC, **12** fr. ; DEBIERRE, 2 vol., **30** fr. ; BEAUNIS, **14** fr. — *Physiologies* : BÉCLARD, 2 vol., **14** fr. ; BEAUNIS, 2 vol., **15** fr. ; VIAULT-JOLYET, **10** fr. ; MATHIAS DUVAL, **5** fr. — *Histologies* : RÉMY, **5** fr. ; STORH, **7** fr. ; RANVIER, **12** fr. — *Anatomies chirurgicales* : TILLAUX, **15** fr. ; RICHET, **12** fr. ; dernières éditions chez **LEFRANÇOIS**, 9, rue Casimir-Delavigne, Paris.

DERNIERS RENSEIGNEMENTS

FACULTÉ DE MÉDECINE.

Ouverture des Cours officiels.

Cours d'Histologie. — M. le Pr MATHIAS-DUVAL commencera le cours d'histologie le Samedi 8 novembre 1890, à 4 heures (Grand Amphithéâtre), et le continuera les Mardis, Jeudis et Samedis suivants, à la même heure. — Objet du cours : *Les glandes sexuelles et les éléments de la génération ; la fécondation, le blastoderme et ses dérivés ; le sang et les vaisseaux ; le système musculaire ; le tissu conjonctif et le système lymphatique ; le système nerveux et les organes des sens.*

Cours de Chimie médicale. — M. le Pr GAUTIER commencera le cours de chimie médicale le Mardi 11 novembre 1890, à 1 heure (Grand Amphithéâtre), et le continuera les Jeudis, Samedis et Mardis suivants, à la même heure. — Ordre du cours : Jeudi et Samedi : *Etude des métaux dans leurs applications à la médecine ;* Mardi : *Tissus et humeurs de l'organisme.* — Une affiche ultérieure indiquera la date à laquelle commenceront les leçons de chimie biologique.

Conférences de Physique. — M. WEISS, Agrégé, commencera ces conférences le Lundi 10 novembre 1890, à midi (Petit Amphithéâtre, et les continuera les Mercredis, Vendredis et Lundis suivants, à la même heure.

Cours de Pathologie chirurgicale. — M. le Pr LANNELONGUE commencera le cours de pathologie chirurgicale le Mercredi 12 novembre 1890, à 3 heures (Grand Amphithéâtre), et le continuera les Vendredis, Lundis et Mercredis suivants, à la même heure.

Cours de Clinique chirurgicale (Hôtel-Dieu). — M. le Pr VERNEUIL commencera le cours de Clinique chirurgicale le Mardi 11 novembre 1890, à 10 heures du matin, et le continuera les Samedis et Mardis suivants, à la même heure. Visite des malades tous les matins, à 9 heures.

Clinique chirurgicale (Hôpital Necker). — M. le Pr LE DENTU commencera le cours de clinique chirurgicale le Mardi 11 novembre 1890, à 9 heures et demie du matin (hôpital Necker), et le continuera les Mardis et Vendredis suivants, à la même heure. — Ordre du cours : Les Lundi, Mercredi et Vendredi, *Visite des malades à 9 heures ;* Le Jeudi, *Opérations abdominales*, à 9 *heures* ; Les Mardi et Vendredi, *Opérations à la suite des leçons cliniques.*

Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu). — M. le Pr PANAS commencera le cours de clinique ophtalmologique le Lundi 10 novembre 1890, à 9 heures du matin, et le continuera les Vendredis et Lundis suivants, à la même heure. *Clinique et opérations à 10 heures. Exercices ophtalmoscopiques tous les Mercredis.*

Clinique d'Accouchements et de Gynécologie (Clinique Baudelocque, à la Maternité, 125, boulevard de Port-Royal). — M. le Pr PINARD commencera le cours de clinique d'Accouchements et de Gynécologie le Lundi 10 novembre 1890, à 9 heures du matin (Clinique Baudelocque, à la Maternité, 125, boulevard de Port-Royal), et le continuera les Mercredis, Vendredis et Lundis suivants, à la même heure. — Ordre du cours : Lundi et Vendredi, *Leçons à l'Amphithéâtre ; Visite des malades tous les matins à 9 heures.*

Cours de Pathologie interne. — M. le Pr DIEULAFOY commencera le cours de Pathologie interne le Jeudi 13 novembre 1890, à 3 heures (Grand Amphithéâtre), et le continuera les Samedis, Mardis et Jeudis suivants, à la même heure.

Conférences de Pathologie interne. — M. QUINQUAUD, Agrégé, commencera ces conférences le Lundi 10 novembre 1890, à 4 heures (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique), et les continuera les Mercredis, Vendredis et Lundis suivants, à la même heure. — Ordre des conférences : Lundi et Vendredi, *Leçons à la Faculté (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique) ;* Mercredi, *Conférences sur l'auscultation, à l'hôpital Saint-Louis (salle Bichat), à 4 heures.*

Clinique médicale (Hôpital de la Pitié). — M. le Pr JACCOUD reprendra son cours de clinique médicale le Mardi 11 novembre 1890, 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.

Clinique d'Accouchements et de Gynécologie. — M le Pr TARNIER commencera le cours de Clinique d'Accouchements et de Gynécologie le Mardi 12 novembre 1890, à 9 heures du matin (Clinique d'Accouchements, rue d'Assas), et le continuera les Samedis et Mardis suivants, à la même heure. — Ordre du

© ANM

cours : Mardi et Samedi : *Leçons à l'Amphithéâtre* ; *Visite des malades tous les matins, à 8 heures et demie.*

Cours de Clinique des maladies du système nerveux (Hospice de la Salpêtrière). — M. le Pr CHARCOT. — Les leçons du Mardi ont commencé le 28 octobre. Une affiche spéciale indiquera la reprise des leçons du Vendredi.

Clinique des maladies mentales (Asile Sainte-Anne). — M. le Pr BALL commencera le cours de Clinique des Maladies mentales le Dimanche 16 novembre 1890, à 10 heures du matin, et le continuera les Jeudis et Dimanches suivants, à la même heure.

Cours de médecine opératoire. — M. le Pr TILLAUX commencera le cours de médecine opératoire le lundi 10 novembre 1890, à 5 heures (Grand Amphithéâtre), et le continuera les Mercredis, Vendredis et Lundis suivants, à la même heure.

Cours d'Anatomie. — M. le Pr FARABEUF commencera le cours d'Anatomie le Lundi 10 novembre 1890, à 4 heures (Grand Amphithéâtre), et le continuera les Mercredis, Vendredis et Lundis suivants, à la même heure.

Cours de clinique des maladies des voies urinaires (Hôpital Necker). — M. le Pr GUYON commencera le cours de clinique des maladies des voies urinaires le Mercredi 12 novembre 1890, à 9 heures et demie (hôpital Necker), et le continuera les Samedis et Mercredis suivants, à la même heure. Visite des malades tous les jours, à 9 heures et demie du matin.

Cours de clinique des maladies des enfants (Hôpital des Enfants-Malades). — M. le Pr GRANCHER commencera le cours de clinique des Maladies infantiles le Samedi 8 novembre 1890, à 4 heures de l'après-midi (hôpital des Enfants-Malades), et le continuera les Mardis et Samedis suivants, à la même heure.

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. — M. le Pr G. SÉE commencera le cours de clinique médicale le lundi 18 novembre 1890, à 10 heures, et le continuera tous les Vendredis et Lundis suivants, à la même heure. — Ordre du cours : Les Lundis, *Leçons de Thérapeutique expérimentale et pratique* ; Les Vendredis, *Conférences de diagnostic.* — M. le Pr CORNIL fera les autopsies. Leçons d'anatomie pathologique et démonstrations, le Jeudi à 10 heures, à partir du 20 novembre 1890.

Cours d'enseignement populaire supérieur subventionnés par la ville de Paris. — Le Lundi 16 février 1891, M. G. POUCHET, professeur au Muséum, commencera à l'Hôtel de Ville de Paris (salle des Prévôts), un cours d'enseignement populaire sur *la vie et les êtres vivants dans le temps et dans l'espace.* Nous donnerons ultérieurement les jours et les heures où se feront ces cours.

Cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques. Hôpital Saint-Louis). — M. le Pr Alfred FOURNIER commencera les cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques le Vendredi 14 novembre 1890, à 9 heures du matin (Hôpital St-Louis), et les continuera les Mardis et Vendredis suivants, à la même heure. — Ordre du cours : Les Mardis, *Leçons au lit des malades* ; Les Vendredis, *Leçons à l'Amphithéâtre* (10 heures).

Cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie. — M. le Pr LABOULBÈNE commencera le cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie le Samedi 15 novembre 1890, à 4 heures (Petit Amphithéâtre), et le continuera les Mardis, Jeudis et Samedis suivants, à la même heure. Dans la première leçon, le professeur résumera l'histoire de période arabe et des médecins arabes.

Cours de clinique médicale (Hôpital Necker). — M. le professeur PETER commencera son cours de clinique médicale, à l'hôpital Necker, le mercredi 12 novembre 1890, à 10 heures, à l'amphithéâtre de médecine de cet hôpital, et le continuera les vendredis et mercredis suivants, à la même heure.

Conférences d'histoire naturelle médicale. — M. Raphaël BLANCHARD, agrégé, commencera ces conférences le mercredi 12 novembre 1890, à 2 heures (grand amphithéâtre), et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure. — *Objet du cours* : Maladies parasitaires, venins et virus ; drogues simples d'origine animale ; intoxication par les substances alimentaires.

Conférences de pathologie externe. M. TUFFIER, agrégé, commencera ces conférences le jeudi 13 novembre 1890, à 5 heures (Petit Amphithéâtre), et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Conférences de physiologie. — M. REYNIER, agrégé, commencera ces conférences le mercredi 12 novembre 1890, à 5 heures (Petit Amphithéâtre), et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Conférences d'anatomie pathologique. — M. LETULLE, agrégé, commencera les conférences d'anatomie pathologique le mardi 11 novembre 1890, à 4 heures (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Conférences d'obstétrique. — M. MAYGRIER, agrégé, commencera ces conférences le mardi 11 novembre 1890, à 5 heures (Grand Amphithéâtre), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Cours libres.

(*Autorisés pour le 1er semestre de l'année scolaire* 1890-91 *par le Conseil général des Facultés, le* 21 *juillet* 1890).

M. le Dr ANDRÉ. *Analyse chimique*, mardi, à 10 h. 3/4, amphithéâtre Cruveilhier ; date d'ouverture des cours, mardi, 2 décembre 1890. — M. le Dr BOISLEUX. *Les maladies infectieuses de l'appareil génito-urinaire de la femme, de leur prophylaxie et de leur traitement*, mardi et samedi à 6 heures, amphithéâtre Cruveilhier, ouverture du cours mardi 6 janvier 1891. — M. le Dr CROUZAT. *L'intervention en obstétrique*, mardi, jeudi et samedi, à 6 heures, amphithéâtre nº 1, ouverture des cours mardi 2 décembre 1890. — M. le Dr DESPAGNET. *Ophtalmologie théorique et pratique*, mardi et samedi, à 8 heures, amphithéâtre Cruveilhier, ouverture des cours mardi 18 novembre 1890. — M. le Dr DUBUC. *Pathologie et chirurgie de l'appareil urinaire. — Maladies de l'urèthre, de la prostate, de la vessie. — Opération de la lithotritie.* — M. le Dr DURAND-FARDEL. *Les eaux minérales et leur emploi dans les maladies chroniques*, mardi et samedi, à 5 h., amphithéâtre nº 3, ouverture des cours janvier 1890. — M. le Dr GILLET DE GRANDMONT. *Médecine opératoire oculaire. (Les élèves seront exercés aux opérations.)*, lundi et vendredi à 8 heures, amphithéâtre Cruveilhier, ouverture des cours vendredi 16 novembre 1890. — M. le Dr LAVAUX. *Affections des voies urinaires*, mardi et samedi, à 2 heures, amphithéâtre Cruveilhier, ouverture des cours mardi 18 novembre 1890. — M. le Dr MONANGE. *Explication raisonnée du Codex*, lundi et vendredi, à 2 heures, amphithéâtre Cruveilhier, ouverdes cours lundi 1er décembre 1890.

Hôpital des Enfants-Malades. — M. le Dr Jules SIMON reprendra ses conférences de thérapeutique infantile le Mercredi 19 novembre, à 9 heures, et les continuera les Mercredis suivants, à la même heure. Tous les Samedis, consultation clinique.

Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Toulouse.

Au moment de mettre sous presse, nous apprenons que M. le maire de Toulouse a reçu de Paris un télégramme lui annonçant la nomination de M. CAUBET au poste de *doyen de la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Toulouse.* En conséquence, la Faculté de Médecine de Toulouse fonctionne dès maintenant. Cette décision rapide a été prise à la suite d'un récent voyage à Toulouse de M. le Directeur de l'Enseignement supérieur, qui a constaté que tout était prêt pour la transformation de l'Ecole.

Ecole préparatoire de médecine de Clermont-Ferrand

— Les dissections ont lieu tous les jours, à partir de midi, sous la direction de M. POJOLAT, chef des travaux anatomiques, présent chaque jour à l'amphithéâtre. Tables pour six séries. Les sujets, nombreux, proviennent de l'hôpital de l'Asile Sainte-Marie, de la Maison centrale de Riom ; ils sont tous injectés avec soin, afin d'assurer leur conservation et d'éviter aux élèves le danger des piqûres anatomtques.

Réunion des professeurs des Ecoles de Médecine et de pharmacie de France.

Paris, — 28 octobre 1890. — (Procès-verbal).

Le mardi 28 octobre 1890 les délégués des Ecoles de Médecine et de Pharmacie de France se sont réunis à Paris pour délibérer sur les intérêts communs de ces Ecoles, ainsi que les diverses questions concernant l'exercice et l'enseignement de la médecine et de la pharmacie.

Etaient présents :

MM. Ledru et Blatin, de Clermont-Ferrand ; M. Chapplain, de Marseille ; M. Laënnec, de Nantes ; M. Langlet, de Reims ; M. Caubet, de Toulouse ; MM. Raymondaud et Raymond, de Limoges ; M. Deroye, de Dijon ; MM. Delabost et Brunon, de Rouen ; MM. Lenoel, Dhourdain et Pougniez, d'Amiens ; MM. Jagot et Tesson, d'Angers ; MM. Bourienne et Fayel, de Caen ; M. Chrétien, de Poitiers.

Les Ecoles de Tours, de Besançon et de Grenoble, qui n'avaient pu envoyer de Délégués, avaient donné, par lettre, leur adhésion à tout ce qui pourrait être décidé à la réunion. L'Ecole de Rennes avait également envoyé son adhésion contenant pourtant quelques réserves sur certains des points qui pourraient être mis en discussion. Seule l'Ecole d'Alger n'avait pas répondu à la convocation.—M. Ledru, directeur de Clermont-Ferrand, a été proclamé, à l'unanimité, président de la réunion. M. Chrétien de Poitiers a été désigné comme secrétaire.

© ANM

La réunion a tout d'abord porté son attention sur la situation que feraient à l'exercice et à l'enseignement de la médecine en France les divers projets de loi sur la matière actuellement soumis au Parlement. — Après un intéressant échange de vues sur cet important sujet et considérant que ces projets de loi ne viendraient pas en discussion devant les Chambres avant un assez long temps, la réunion a décidé qu'une étude complémentaire serait faite par les diverses Ecoles afin d'arriver à un projet commun destiné à être soumis aux sénateurs et députés. Le bureau a été chargé de préparer les éléments nécessaires à cette étude.

En attendant, et à l'unanimité, la réunion, reprenant et complétant les conclusions déjà votées dans une réunion antérieure du 31 mai 1883, réclame avec insistance des pouvoirs publics, comme indispensable à la bonne direction de l'enseignement et aux intérêts des étudiants et de leurs familles : 1° Le rétablissement des examens de fin d'année pour toutes les catégories d'étudiants; — 2° L'obligation pour tous les étudiants, comme avant 1878, de prendre la totalité de leurs inscriptions avant de pouvoir subir aucun examen probatoire; — 3° La reconnaissance de l'absolue équivalence de la totalité des inscriptions en médecine et en pharmacie prises dans les Ecoles ou dans les Facultés; — 4° La possibilité, pour les étudiants, de passer les deux premiers examens probatoires de docteur en médecine ou de pharmacie de première classe dans les Ecoles, quelles qu'elles soient, où ils auront fait leurs études et la constitution, pour ces examens, d'un jury mixte dans lequel les professeurs de l'Ecole seront représentés; — 5° L'incorporation des étudiants en médecine et en pharmacie faisant leur service militaire à un corps de troupes tenant garnison dans une ville où siège une Ecole de médecine et de pharmacie, et l'autorisation, pour ces jeunes gens, après leur première année de service, de suivre les cours de cette Ecole; — 6° La représentation des Ecoles de médecine et de pharmacie au Conseil supérieur de l'Instruction publique et au Conseil général des Facultés.

La réunion invite les professeurs de chaque Ecole à faire, dans le plus bref délai, auprès des sénateurs et députés de leur circonscription académique et médicale, la propagande et les démarches nécessaires pour obtenir satisfaction sur ces différents points.

La réunion décide en outre que les professeurs des diverses Ecoles de médecine et de pharmacie de France se constituent désormais en Association permanente et désigne un bureau ainsi composé : M. Ledru, directeur de l'Ecole de Clermont, président; M. Blatin, professeur à l'Ecole de Clermont, ancien député; M. Langlet, professeur à l'Ecole de Reims, député; M. Chrétien, professeur à l'Ecole de Poitiers, ce dernier désigné comme secrétaire.

Ce bureau est chargé d'étudier et de préparer toutes les questions se rapportant aux intérêts communs des Ecoles, ainsi qu'à l'exercice et à l'enseignement de la médecine en France. Il devra également tenir toutes les Ecoles au courant de ses travaux, convoquer, s'il y a lieu, des réunions ultérieures et préparer les voies et moyens par lesquels l'Association pourra exercer une action énergique sur les décisions du Parlement en matière d'exercice et d'enseignement de la médecine et de la pharmacie.

Le Président, E. LEDRU. *Le secrétaire*, H. CHRÉTIEN.

N. B. — L'adresse de l'Association est, jusqu'à nouvel ordre : M. le Dr Ledru, cours Sablon, 47, Clermont-Ferrand.

École principale du service de santé de la marine à Bordeaux.

Mercredi dernier, 5 novembre, a été inauguré en grande pompe l'École principale du service de santé de la Marine à Bordeaux. La cérémonie a été présidée par M. le vice-amiral Ribell, préfet maritime à Rochefort, ayant à ses côtés le maire de Bordeaux et le doyen de la Faculté de médecine. Quatre discours ont été prononcés par M. Ribell, le maire, M. Bérenger-Féraud et M. Brassac, directeur de la nouvelle École. Le soir a eu lieu un banquet où plusieurs toasts ont été portés.

Congrès français de Chirurgie.

(*Année* 1891).

Le comité permanent du *Congrès français de Chirurgie* a mis à l'ordre du jour de la quatrième session les questions suivantes : 1° *Intervention chirurgicale dans les affections des centres nerveux (la trépanation primitive du crâne exceptée).* — 2° *Résultats éloignés de l'ablation des annexes de l'utérus dans les affections non néoplasiques de ces organes.* — 3° *Des diverses espèces de suppuration examinées au point de vue bactériologique et clinique.*

Le congrès s'ouvrira à Paris sous la présidence de M. le professeur GUYON en avril 1891. (Semaine de Pâques).

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 10. — 2e *de Doctorat* oral (1re partie) : MM. Ch. Richet, Poirier, Retterer. — 4e *de Doctorat* : MM. Hayem, Straus, Déjerine.

MARDI 11. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Bouchard, Dieulafoy, Hutinel. — 4e *de Doctorat* : MM. Peter, Proust, Gilbert. — 5e *de Doctorat* (2e partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Ball, Cornil, Hanot. — (2e *Série*) : MM. Laboulbène, Debove, Ballet.

MERCREDI 12. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Ch. Richet, Marie, Netter. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Pinard, Segond, Ricard.

JEUDI 13. — Dissection. MM. Humbert, Nélaton, Poirier. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Ballet, Gley. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Guyon, Le Dentu, Maygrier. — (2e *Série*) : MM. Panas, Tarnier, Brun. — (2e partie) : MM. Debove, Legroux, Chantemesse.

VENDREDI 14. — 1er *de Doctorat* : MM. Regnauld, Villejean, Weiss. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : Tillaux, Poirier, Retterer. — 4e *de Doctorat* : MM. Straus, Déjerine, Letulle. — 5e *de Doctorat* (2e partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Fournier, Grancher, A. Robin. — (2e *Série*) : MM. Potain, Brissaud, Marie.

SAMEDI 15. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Humbert, Nélaton. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Laboulbène, Dieulafoy, Quinquaud. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Panas, Duplay, Bar. — (2e partie) : MM. Bouchard, Debove, Hanot.

Thèses de la Faculté de Médecine.

MERCREDI 12. — M. Briquet. De l'état du cœur gauche dans les lésions mitrales. — M. Tournadour. De l'ostéomyélite de la colonne vertébrale.

JEUDI 13. — M. Rossignol. De l'intoxication iodoformique à la suite des pansements iodoformés ou de l'usage prolongé de l'iodoforme à l'intérieur. — M. Moret. Contributions à l'étude du mutisme chez les aliénés. — M. Pfender. Etiologie des luxations congénitales de la hanche. — M. Klein. Contribution à l'étude de la climatothérapie en France.

SAMEDI 15. — M. Colin (Henri). Essai sur l'état mental des hystériques. — M. Lwoff. — Etude sur les troubles intellectuels liés aux lésions circonscrites du cerveau. — M. Roubinovitch. Hystérie mâle et dégénérescence.

VARIA

Le Projet de loi sanitaire au Comité d'Hygiène publique de France.

Une loi donnant aux autorités sanitaires les pouvoirs nécessaires à l'accomplissement de leur mission est en préparation au ministère de l'intérieur. Le comité d'hygiène en a été saisi par M. Monod, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, et, après discussion, a arrêté un projet dont voici les dispositions essentielles.

En cas d'épidémie, les dispositions de la loi de 1807, appliquées jusqu'ici seulement au choléra, seraient étendues aux autres maladies contagieuses. Un décret du président de la République prescrirait les mesures jugées nécessaires pour combattre l'épidémie et leur exécution serait ordonnée par le gouvernement. Les dépenses que nécessiteraient les travaux de salubrité seraient supportées par les communes intéressées. L'administration aurait égard, lors de la rédaction du rôle de la contribution spéciale destinée à faire face aux dépenses de ce genre de travail, aux avantages immédiats qu'acquerraient telles ou telles propriétés privées pour les faire contribuer à la décharge de la commune dans des proportions variées et justifiées par les circonstances. S'il s'agissait d'une maladie à l'état endémique, la commune où elle sévit serait invitée à exécuter les mesures d'assainissement prescrites par le conseil d'hygiène. Si, après un délai de trois mois, le conseil municipal n'a pris aucune délibération à cet égard, il serait procédé d'office aux travaux nécessaires. Les dépenses faites incomberaient aux communes.

Le projet de loi ordonne à toute commune d'avoir de l'eau potable. Le comité d'hygiène estime que cette prescription peut être partout observée maintenant, puisque, dans les communes qui ne peuvent être approvisionnées d'eau de source, il sera toujours possible d'installer des filtres et de livrer à la consommation une eau débarrassée de matières impures.

En ce qui concerne les habitations particulières, des travaux d'assainissement seront exécutés aux frais du propriétaire partout où cela aura été reconnu nécessaire.

Le projet de loi oblige les médecins à faire connaître les causes de décès et à signaler les cas de maladies épidémiques dès qu'ils sont portés à leur connaissance.

Enfin, la vaccination et la revaccination seraient rendues obligatoires.

© ANM

Service militaire des Étudiants en médecine.

M. le Ministre de la guerre a déterminé de la façon suivante les conditions dans lesquelles les Étudiants en médecine feraient leur service militaire :

Ils seront répartis et incorporés dans les mêmes corps de troupe d'infanterie que les recrues de leur subdivision de région.

Quel que soit le nombre de leurs inscriptions, ils seront, pendant les six premiers mois de leur présence au corps, exclusivement soumis aux obligations du service imposé aux hommes de leur classe.

A partir du deuxième semestre, ils suivront les cours et exercices spéciaux aux infirmiers et brancardiers régimentaires et des conférences sur le service de santé en campagne. Cette instruction leur sera donnée, en dehors des exercices militaires, par les médecins des régiments, sous la direction des médecins-majors, suivant un programme approuvé par le chef de corps. On profitera spécialement, à cet effet, des heures réservées aux séances d'exercices corporels.

Pendant les manœuvres en pays de montagnes, un certain nombre d'étudiants en médecine, pris parmi ceux qui posséderont le plus grand nombre d'inscriptions et auront fait preuve de connaissances nécessaires, seront attachés aux bataillons alpins ; ils y rempliront les fonctions de médecin auxiliaire et jouiront des avantages actuellement concédés aux engagés conditionnels médecins affectés à ces bataillons.

Tous les cours et exercices professionnels spéciaux donneront lieu, de la part des médecins-majors des régiments, à des notes qui seront remises par eux aux chefs de corps, et dont il sera tenu compte pour le renvoi de ces étudiants ou pour leur maintien sous les drapeaux, conformément à la loi et aux règles tracées par la circulaire ministérielle du 28 mai 1890.

Un rapport sur l'instruction spéciale des étudiants en médecine et en pharmacie sera adressé par le médecin chef de service dans les corps de troupe au directeur du service de santé du corps d'armée.

Pendant la période de quatre semaines qui précédera leur passage dans la réserve, ces jeunes gens suivront, dans les hôpitaux militaires désignés par les commandants des corps d'armée, des cours et exercices professionnels en conformité de programmes arrêtés par les généraux sur la proposition des directeurs du service de santé. A cet effet, les étudiants qui, leur année de service accomplie, auront été versés dans une section d'infirmiers appartenant à un corps d'armée ne possédant pas d'hôpital militaire seront, après avoir rejoint le dépôt de cette section, dirigés sur les hôpitaux militaires d'un corps d'armée voisin, savoir :

Ceux de la deuxième section sur l'hôpital de Lille ;
Ceux de la troisième section sur l'hôpital du Gros-Caillou ;
Ceux de la quatrième section sur l'hôpital de Saint-Martin ;
Ceux de la neuvième section sur l'hôpital de Versailles ;
Ceux de la onzième section sur l'hôpital de Rennes ;
Ceux de la douzième section sur l'hôpital de La Rochelle ;
Ceux de la treizième section sur les hôpitaux de Lyon.

En cas de mobilisation, ceux des étudiants qui auront subi avec succès l'examen de médecin auxiliaire seront employés comme tels ; tous les autres feront le service incombant aux infirmiers militaires.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 26 octob. 1890 au samedi 1er nov. 1890, les naissances ont été au nombre de 934 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 352 ; illégitimes, 144, Total, 496. — *Sexe féminin :* légitimes, 328 ; illégitimes, 110, Total, 438.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 26 octob. 1890 au samedi 1er nov. 1890, les décès ont été au nombre de 872 savoir : 417 hommes et 455 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 10, F. 12, T. 22. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 5, F. 4, T. 9. — Scarlatine : M. 2, F. 1, T. 3. — Coqueluche : M. 4, F. 5, T. 9. — Diphtérie, Croup : M. 11, F. 14, T. 25. — Choléra : M. 00, F. 00, T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 100, F. 70, T. 170 — Autres tuberculoses : M. 18, F. 7, T. 25. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 8, T. 9. — Tumeurs malignes : M. 12, F. 26, T. 38. — Méningite simple : M. 11, F. 11, T. 22. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 26, F. 20, T. 46. — Paralysie : M. 3, F. 3, T. 6. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 5, T. 9. — Maladies organiques du cœur : M. 14, F. 25, T. 39. — Bronchite aiguë : M. 14, F. 12, T. 26. — Bronchite chronique : M. 17, F. 25, T. 42. — Broncho-Pneumonie : M. 9, F. 19, T. 28. — Pneumonie : M. 19, F. 34, T. 53. — Gastro-entérite, biberon, M. 12, F. 15, T. 27. — Gastro-entérite, sein : M. 4, F. 1, T. 5. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 2, F. 1, T. 3. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 4, T. 4. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale : M. 22, F. 6, T. 28. — Sénilité : M. 5, F. 30, T. 35. — Suicides : M. 10, F. 2, T. 12. — Autres morts violentes : M. 6, F. 4, T. 10. — Autres causes de mort : M. 74, F. 85, T. 159. — Causes restées inconnues : M. 2, F. 5, T. 7.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 78, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 25, illégitimes, 15. Total : 40. — *Sexe féminin* : légitimes, 27, illégitimes, 11. Total : 38.

FACULTÉ DES SCIENCES DE MONTPELLIER. — Un congé, pour l'année scolaire 1890-1891, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. DE ROUVILLE, professeur de géologie et de minéralogie à la Faculté des sciences de Montpellier. — M. CURIE, docteur ès sciences, chargé d'un cours complémentaire de minéralogie à l'Ecole des sciences d'Alger, est chargé, pour l'année scolaire 1890-91, d'un cours de minéralogie à la Faculté des sciences de Montpellier. — M. DELAGE, docteur ès sciences, maître de conférences de minéralogie à la Faculté des sciences de Montpellier, est nommé, pour l'année scolaire 1890-91, maître de conférences à ladite Faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Les prix Godard ont été décernés comme suit : Prix des docteurs stagiaires : M. Cassaët. — Prix des thèses de l'année : médaille d'or, M. Sigalas ; médailles d'argent, MM. E. Bitot et Roux ; médaille de bronze, MM. Archambault, Audebert, J. Chabrely, Labougle, Lequinquis, Lafaye, Roy et Vaton.

ECOLE DES SCIENCES ET LETTRES DE ROUEN. — M. LECAPLAIN, professeur de physique à l'Ecole préparatoire à l'enseignement supérieur des sciences et des lettres de Rouen, est nommé, pour trois ans, directeur de ladite Ecole, en remplacement de M. Vincent, décédé.

ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE PARIS. — *Dons et bourses.* — M. Pol-Edouard Le Mettais, pharmacien à Paris, décédé le 14 août 1890, a légué à l'Ecole supérieure de Pharmacie de Paris une somme de 200,000 francs dont elle n'aura la pleine et absolue propriété qu'après le décès de la légataire universelle à laquelle appartiendra l'usufruit de ce capital sa vie durant. Le revenu annuel de ce capital, à partir du jour où l'Ecole aura droit à ce revenu, sera employé à une fondation qui portera le nom de M. Le Mettais et qui sera destinée au perfectionnement des études des jeunes gens que l'Ecole jugera le plus dignes de cette faveur.

ECOLE PRATIQUE DE HAUTES ÉTUDES. — M. CITERNE (Paul, Emile, Charles, Thomas, Marie), docteur en médecine, licencié ès sciences naturelles, est nommé préparateur du laboratoire de botanique (classification et familles naturelles) de l'Ecole pratique des hautes études, en remplacement de M. MAURY, démissionnaire.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'AMIENS. — M. DUBOIS, professeur au lycée d'Amiens, est chargé d'un cours de physique à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de cette ville.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE REIMS. — Un congé, sans traitement, pour l'année scolaire 1890-1891, est accordé, pour raison de santé, à M. Valser, suppléant de la chaire de pharmacie et de matière médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims. — M. MONFLIER, chef des travaux physiques et chimiques à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims, est chargé, en outre, pendant l'année scolaire 1890-1891, des fonctions de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale de ladite Ecole.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN. — M. DELABOST, professeur de pathologie externe et médecine opératoire à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen, est nommé, pour trois ans, directeur de ladite Ecole, en remplacement de M. Dumesnil, décédé.

ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE. — La cinquante-neuvième session de l'Association médicale britannique aura lieu à Bournemouth, du 28 au 31 juillet 1891.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — *Prix Quinchard.* — L'Académie de médecine de Paris vient, par clause du testament de M. Quinchard (de Saint-Brieuc), d'être mise en possession d'une rente annuelle de 2,000 francs destinée à fonder un prix bisannuel de 4,000 francs qui sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur le croup et les angines croupales et qui aura trouvé le meilleur remède à ces maladies.

BOURSES D'ÉTUDES. — Des bourses d'études sont accordées, pour l'année scolaire 1890-1891, près les Facultés des sciences ci-après désignées, aux candidats dont les noms suivent : *Faculté*

© ANM

de Paris : MM. Hodin, agrégé des sciences physiques ; Jacquet, agrégé des sciences mathématiques ; Moure, licencié ès sciences physiques. — *Faculté de Nancy :* M. Bayard, agrégé des sciences physiques.

COLLÈGE DE FRANCE. — M. TASSILLY (Eugène), licencié ès sciences physiques, est nommé préparateur de la chaire de chimie organique au collège de France, en remplacement de M. Brasse.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — M. le Dr BOUCHARD, professeur à la Faculté de médecine, est nommé membre du conseil supérieur de l'instruction publique et de la section permanente de ce conseil, en remplacement de M. Gavarret, décédé.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Parmi les nominations d'Officiers d'instruction publique parues à l'*Officiel* à l'occasion du 14 juillet dernier, le nom de notre confrère, le Dr ARMAIGNAC, a été omis dans le *Progrès*.

ÉPIDÉMIE DE VARIOLE A MADRID. — La variole continue de sévir cruellement à Madrid. Les statistiques officielles du mois d'octobre accusent 1,933 cas de cette affection.

HÔPITAUX DE BORDEAUX. — *Concours de l'Internat.* — Le concours vient de se terminer par les nominations suivantes : M. A. Pépin, Ozoux, Petit, Daroignez, Matignon, Pépin (J.), Farrand, Baleste, Marichon, Lafarelle, Rippé, Guérin.

Concours de l'Externat. — Le concours de l'externat vient de se terminer par les nominations suivantes :

MM. Breffeit, Brunet, Brindel, Donnadieu, Fieux, Larre, Delmas, Rocar, Dupeyron, Vitrac, Levraud, Vaslet de Fontaubert, Texier, Pambrun, Jonchères, Vergely, Venot, Roy, Dutoya, Duclos, Cornet, Amblard, Batsère, Vignan, Gaullieux, Dubourg, Callen, Robert, Mazet, Jacques, Brieu, Dubourdieu, Favre, Canaby, Marion, Frèche, Chavanaz, Laroche, Chollet, Dunogier, Mercier, Bourlaux et Eybrard.

HÔPITAUX DE LYON. — *Concours de l'Internat.* — Ce concours vient de se terminer par les nominations suivantes : MM. Lethieray, de Boris, Laguette, Commandeur, Durand, Bonnell, Thevenet, Gelay, Giraud, Orthaud, Périol, Jeannin, Genoud.

HOPITAUX DE LILLE. — M. le Dr Augier est nommé médecin de l'hôpital d'enfants annexé à l'Université libre de Lille. Cet hôpital porte le nom d'hôpital Saint-Antoine de Lille.

HOPITAUX DE ROUEN. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes : MM. Petitbon, Dacheux, Martin, Leblond et Levillain.

HYGIÈNE PUBLIQUE. — *La désinfection à Paris.* — Nous avons fait connaître que, pour obtenir la désinfection d'objets ayant appartenu à une personne atteinte de maladie contagieuse, il faut s'adresser à un des établissements suivants, créés par la ville de Paris et reliés au réseau téléphonique : Les refuges de nuit de la rue du Château-des-Rentiers et de la rue des Récollets, les stations d'ambulances urbaines des rues de Staël et de Chaligny et l'ouvroir de la rue Fessart. Désormais on pourra s'adresser aux mêmes établissements pour obtenir le transfert des malades atteints d'affections contagieuses. Ce transfert s'effectue gratuitement. Prochainement, pour envoyer des objets infectés à une des étuves municipales de désinfection ou pour avoir une voiture de contagieux à sa disposition, il suffira de s'adresser à une des mairies de Paris.

LE CHOLÉRA. — Le choléra a à peu près disparu de la province de Valence pour passer dans celle de Murcie et à Xérès ; le nombre des cas la semaine dernière a été de 50 dont 30 décès. On signale 4 cas dont 2 décès à Madrid. L'état sanitaire est excellent dans le reste de l'Espagne. Deux cas de choléra se sont déclarés à Puerto-de-Santa-Maria, province de Cadix. Des mesures de précaution ont été prises. On a enregistré, samedi, à Murcie, neuf cas nouveaux de choléra et onze décès. Il est inexact qu'il ait été constaté des cas douteux à Carthagène. L'épidémie s'est déclarée à Orihuela. Le consul général d'Espagne à Lisbonne a adressé au ministre d'Etat une dépêche annonçant que les ports océaniques du nord-ouest de l'Espagne ne sont pas contaminés.

HYGIÈNE DES VILLES. — Sur le rapport de MM. Ogier et Thoinot, le Comité d'Hygiène publique de France a donné un avis favorable à des projets d'amenée d'eau dans les communes de Joinville (Haute-Marne) et de Clapier (Aveyron).

MÉDECINS DE LA MARINE. — Par décret, en date du 24 octobre 1890, sont nommés dans le corps de santé des colonies, pour prendre rang à compter du 1er novembre 1890. Au grade de médecin en chef de deuxième classe : M. le médecin principal de la marine, Grall. — Au grade de médecin principal : MM. les médecins de 1re classe de la marine, Prunet et Clarac. — Au grade de médecin de 1re classe : MM. les médecins de 2e classe de la marine, Guérin, Mondon, Rousselot-Benaud, Renaud, Crossouard et Marchoux. — Sont nommés dans le corps de santé des colonies avec leur ancien grade et pour prendre rang à la date de leur brevet : MM. les médecins de 2e cl. de la marine Manin, Tonin, Texier, Le Lan, Davillé, Rimbert, Guinier, Chauveau et Levrier. — Sont nommés dans le corps de santé des colonies, pour compter du 1er novembre 1890 : Au grade de médecin de 2e classe : MM. les médecins auxiliaires de 2e classe de la marine, Cailliot, Neiret, Devaux, Logerais, Vincent, Quennec et Pierre.

MÉDECIN BIENFAITEUR. — Nous apprenons, dit le *Petit Var* que M. Théus, docteur en médecine, récemment décédé à Draguignan, dans un âge avancé, a laissé par testament divers legs, parmi lesquels figure, au profit de la commune de Saint-Maxime, une somme de vingt mille francs, destinée aux travaux d'adduction d'eau potable dans le village.

MISSIONS SCIENTIFIQUES. — M. KUNCKEL D'HERCULAIS, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, est chargé d'une mission en Algérie, à l'effet d'y poursuivre l'étude des causes naturelles des invasions d'acridiens et la recherche des procédés pratiques de destruction de ces insectes.

MESURES PRISES EN AMÉRIQUE CONTRE LES MALADIES CONTAGIEUSES. — M. Proust a fait connaître au Comité d'hygiène de France, dans la dernière séance, les mesures de prophylaxie qui sont prises à la Nouvelle-Orléans, en vue de prévenir la propagation des maladies contagieuses ; il signale les procédés de désinfection adoptés par les autorités sanitaires à l'arrivée de navires venant de pays contaminés.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — M. BERTRAND (Gabriel-Emile), bachelier de l'enseignement secondaire spécial, est nommé préparateur de la chaire de chimie appliquée aux corps organiques au Muséum d'histoire naturelle, en remplacement de M. QUEYRIAUX, démissionnaire.

NOMINATIONS DIVERSES. — M. le Dr Bottard est nommé membre du Comité d'inspection et d'achats de livres près la bibliothèque du Havre. — M. le Dr J. Armand est nommé membre du Comité d'inspection et d'achats de livres près la bibliothèque d'Albertville. — M. le Dr Dubas, médecin adjoint du lycée de Lille, est nommé médecin titulaire en remplacement de M. le Dr Hallez, décédé. — M. le Dr Lemoine est nommé médecin adjoint du lycée de Lille.

NOUVEAUX JOURNAUX. — Une revue hebdomadaire intitulée : l'*Université de Montpellier* et dont le titre indique suffisamment le but, va paraître dans cette ville sous la direction de M. Ed. Robert, professeur.

ECOLE DU VAL-DE-GRACE. — A la suite du concours de 1890, ont été accordées aux élèves de cette Ecole : 37 bourses avec trousseau, 7 demi-bourses avec trousseau, 4 demi-bourses avec demi-trousseau, 4 demi-bourses.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE. — Séance du lundi 10 novembre 1890, à 4 heures très précises, au Palais de Justice, dans la salle des Référés. — Ordre du jour : Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente (juillet). — M. le professeur Brouardel : Observations médico-légales au sujet de la communication de M. le Dr Vibert, sur la mort consécutive à l'emploi de moyens abortifs. — M. Motet : Faux témoignages des enfants. — Rapport médico-légal. — Communications diverses.

SOUSCRIPTION AU BUSTE DU PROFESSEUR DAMASCHINO. — La souscription pour l'érection d'un buste au regretté professeur Damaschino sera close le 1er décembre. Les cotisations sont reçues chez les secrétaires du Comité, MM. les docteurs Letulle, 124, boulevard Saint-Germain, et Gilles de la Tourette, 14, rue de Beaune.

SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES. — La Chambre de commerce de Paris vient, dans sa dernière séance, d'émettre à l'unanimité un avis défavorable sur le projet d'Impôt sur les produits pharmaceutiques, présenté par M. le Ministre des finances.

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort de M. ISAMBERT, professeur à la Faculté des sciences de Poitiers. — M. le Dr LEROY, médecin de la maison d'Ecouen. — M. le Dr VERNE de Marville. — M. le Dr HERGOTT (de Geibwiller). — M. le Dr TURNESCU, ancien professeur à la Faculté de médecine de Bukharest. — M. le Dr JÉRONIMO TRIANA, consul général de la République de Colombie, à Paris. M. Triana était commissaire général pour la Colombie à l'Exposition de 1889. Il était officier de la Légion d'honneur.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

© ANM

18e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XII. N° 46. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 15 NOVEMBRE 1890.

391

Le Progrès Médical

CLINIQUE MENTALE

ASILE CLINIQUE (SAINTE-ANNE). — M. MAGNAN.

Diagnostic. — Persécutés-Persécuteurs.

Leçons recueillies et publiées par MM. les Drs JOURNIAC et SÉRIEUX, médecins adjoints des Asiles d'aliénés (1).

NEUVIÈME LEÇON.

SOMMAIRE. — Divers groupes de persécuteurs : les processifs, les menaçants, les hypochondriaques, les filiaux, les amoureux, etc.

Observation XIX. — Dégénérée, persécutrice amoureuse. Interprétations délirantes. Illusions. Lettres nombreuses.

Observation XX. — Dégénérée, persécutrice amoureuse, menaçante. Absence du sens génital, poursuit sa maîtresse de ses lettres, de ses menaces. Deux internements.

Dégénérés avec délire systématisé devenus persécuteurs.

Observation XXI. — Idées de persécution. Erreur de personnalité à l'endroit de son enfant, qu'elle refuse de reconnaître. Hallucinations de l'ouïe. Plaintes à toutes les autorités. La malade se fait arrêter volontairement pour forcer la justice à s'occuper d'elle.

D'après leurs tendances maladives, les persécuteurs raisonnants peuvent être distingués en différents groupes : les uns, *persécuteurs processifs* (*Paranoia querulens* des Allemands), dont l'employé de la ville nous a fourni un spécimen très complet, avec son ardente activité, sa vanité, ses plaintes portées devant toutes les juridictions. Le déménageur aux cartes postales se rapprocherait plutôt des persécuteurs actifs menaçants disposés à se faire justice par la violence et l'homicide. Près de ce groupe peuvent se placer : les *hypochondriaques persécuteurs* qui, croyant un jour avoir été mal soignés par un médecin, en veulent à tous les médecins qu'ils rencontrent dans le cours de leur traitement et les persécutent quelquefois très activement ; les *persécuteurs filiaux* croyant avoir trouvé un père qu'ils persécutent de leur tendresse et de leurs revendications. Un autre groupe renfermerait les *amoureux persécuteurs* : Teulat, l'amoureux de la princesse de B..., en était un magnifique exemple.

Je puis en examiner deux cas avec vous : La première de ces malades, J. Noémie, âgée de 31 ans, poursuit de ses obsessions un fiancé imaginaire, un brave boucher, un veuf qui n'a pas l'air de se douter de la passion qu'il a allumée dans le cœur de la jeune teinturière.

OBS. XIX. — Mlle J. Noémie, 31 ans, entre à l'asile le 8 septembre 1887.

Le père était homme de peine et buvait de temps en temps, il est mort en 1878 à l'âge de 50 ans, à la suite d'une gastrite chronique. La mère, débile, émotive, donne difficilement des renseignements. Les deux frères sont peu intelligents ; l'un d'eux a eu des convulsions à un an, il bégaye.

Quant à la malade, elle a toujours été chétive et d'une intelligence très médiocre ; elle a très peu de mémoire. A deux ans, elle fut prise de convulsions ; depuis elle n'a pas eu de maladie sérieuse. A l'école, elle a appris difficilement ; elle était généralement triste, émotive, n'ayant pas de camarades, ne se promenant jamais. Elle n'osait pas causer aux hommes et disait qu'elle ne voulait pas se marier. Depuis 7 à 8 ans, elle remarquait qu'on la regardait dans la rue, surtout au moment de ses règles, parce qu'elle avait les yeux cernés ; elle était honteuse, elle avait peur qu'on dise qu'elle faisait la noce. En avril dernier elle entre en place à Asnières. Elle allait souvent chez le boucher voisin chercher de la viande ou de la monnaie. M. R..., le boucher, est veuf et demeure avec une concubine ; il a trois enfants. Au commencement de juillet, la patronne de Mlle J... dit à sa tante qu'il serait temps de songer à la marier. A peu près à partir de ce moment, Mlle J... pense à M. R..., que sa maîtresse venait de quitter : « Je n'ai trouvé que M. R... qui me plaise, » dit-elle. Dès ce jour elle n'ose plus aller chez lui, elle en parle continuellement ; elle a rêvé qu'il entrait dans sa chambre. Au commencement d'août, elle se sent mal à l'aise ; elle éprouvait des douleurs dans le côté, des picotements aux seins. Sa patronne lui demande si elle n'a pas dormi la fenêtre ouverte ; elle se rappelle alors qu'un matin elle l'a trouvée ouverte. Elle prend un congé ; chez elle ses malaises continuent ; elle se rappelle différents faits qui ne l'avaient pas frappée et rapporte tout à M. R... « Je voyais des gens passer avec des bouquets devant la porte et ils me regardaient. » Un jour M. R..., en passant, a dit : « Dépêchez-vous, je n'ai plus le temps d'attendre. » Quelques jours plus tard : « C'est qu'elle l'a encore. » A la gare d'Asnières, elle a entendu dire : « A la noce. » Des gens disaient : « On voit bien qu'elle ne se voit pas. » Elle se souvient qu'un soir elle s'était couchée la fenêtre fermée, le lendemain matin elle l'avait trouvée ouverte. Rapprochant tous ces faits de la brusque arrivée de ses malaises, elle en conclut qu'elle est enceinte ; elle se rappelle le jour, c'est M. R... qui a passé par la fenêtre (elle couchait au 6e étage) au moyen d'une échelle ; elle prétend avoir vu l'échelle. Il l'a endormie et il a abusé d'elle. Le lendemain elle a vu M. R... regarder en l'air en souriant « ça voulait dire qu'il était entré par la fenêtre. » Elle s'explique ainsi ce qu'elle sent dans le ventre, dans les côtés ; elle croit que ses seins grossissent, que ses mamelons durcissent, etc. Le 16 août, elle essaya de reprendre sa place ; elle vit ce jour-là M. R... qui lui dit : « Vous voilà revenue, vous y avez mis de la réflexion. » Le lendemain, toujours malade, elle rentre chez sa mère. Elle reste persuadée qu'elle est enceinte et forme le projet de se marier avec M. R... Cependant elle est plus triste, plus émotive qu'à l'ordinaire ; la vue de soldats ou d'enterrements qui passaient l'effrayait. Elle s'attribuait souvent les articles des journaux qu'elle lisait : dans l'un d'eux on parlait de la « vierge mère », etc. Elle eut l'idée de se jeter à l'eau ; elle écrivit 2 lettres à M. R... Depuis qu'elle est à l'asile, malgré ses règles, malgré l'affirmation du médecin qui lui assure qu'elle est vierge, elle reste persuadée qu'elle est enceinte. Sa passion pour M. R... persiste aussi intense ; elle lui écrit, n'en parle jamais sans rougir. Aux infirmières, elle parle de son enfant dont elle sent les mouvements. Tous les jours elle écrit au médecin et demande à sortir pour retrouver son fiancé ; ici, elle meurt de chagrin, ne veut plus manger ; elle ne peut plus vivre sans lui.

Voici un passage d'une des nombreuses lettres qu'elle adresse à M. R... : « Je vous aime, vous n'ignorez pas la position intéressante où je me trouve et que ma vie en dépend ; vous savez bien que vous êtes monté dans ma chambre et que vous m'avez eue sage. J'espère bien que vous voudrez réparer ce que vous avez fait en m'épousant. Comme je vous l'ai dit dans mes deux lettres, vous n'avez pas affaire à une ingrate, je vous serai toujours reconnaissante de ce que vous avez fait pour moi ; je vous en conjure, au nom de notre enfant que je porte dans mon sein, ne m'abandonnez pas, ayez pitié de moi ; si vous saviez combien je souffre. Si vous m'accordez ce que

(1) Voir *Progrès médical*, nos 22, 36, 37 49, et 50, 1889, et nos 7, 22, 38 et 40, 1890. La septième leçon a pour titre également les *Persécutés-persécuteurs* et non les *Persécuteurs-persécutés*.

© ANM

je vous demande, je remplirai ma nouvelle mission avec honneur et dévouement ; je ferai tout ce qui dépendra de moi pour vous rendre heureux ainsi que nos enfants. J'attends ce beau jour où nous serons fiancés, et je désire que ce soit le plus tôt possible, car il y a trop longtemps que nous souffrons tous deux. »

Dans une autre lettre, elle s'exprime ainsi : « M. le docteur, lorsque vous m'avez demandé si je ne retournerai pas Asnières, je vous ai répondu que non, parce que je craignais que vous ne me donniez pas ma liberté ; mais j'ai menti, je vous jure que j'ai répondu contre ma façon de penser, parce que j'aimerai toujours M. R... et je désirerai retourner à Asnières pour qu'il me parle et pour nous marier. Je vous jure que c'est ma pensée et que c'est de cœur ce que je dis, car si je n'avais pas aimé M. R... je n'aurais pas eu l'intention de me faire mourir pour lui. »

La malade suivante est beaucoup plus active et pousse à un haut degré la manie de la poursuite. Elle a écrit en six mois plus de 500 lettres à Madame L..., qu'elle aime, et nuit et jour elle est restée attachée à ses pas ; franchissant la nuit la grille du jardin pour se rapprocher d'elle, sonnant le glas funèbre à la grande cloche pour lui exprimer sa souffrance, la priant d'une voix suppliante de la reprendre. L'objet de son affection est une dame de 50 ans chez qui elle a été domestique pendant six mois. Il ne s'agit pas, toutefois, d'une inversion du sens génital. Ce qui domine dans l'inversion du sens génital, c'est l'*idée obsédante* de l'homme pour l'homme, de la femme pour la femme ; le point de départ est d'origine essentiellement cérébrale ; c'est en quelque sorte le cerveau d'un homme dans le corps d'une femme. L'appétit sexuel persiste mais il est dévié, il est interverti ; souvent même il prend une intensité extrême grâce au terrain déséquilibré sur lequel il s'est manifesté.

Chez Mlle M... il n'en est pas ainsi ; dans son affection pour Madame L... il n'y a rien de charnel, le centre médullaire génito-spinal n'intervient pas. Elle a eu autrefois un amant, M. X..., mais elle l'aimait, dit-elle, comme un père, sans jamais éprouver auprès de lui de sensations voluptueuses, d'orgasme vénérien, n'ayant aucun désir de l'acte sexuel, le subissant sans le moindre attrait, mais ne le réclamant jamais ; il y a en un mot chez elle un silence complet du sens génital. Elle a aimé plus tard une jeune fille, mais c'était comme une sœur. Elle aime actuellement Madame L... comme une amie, dit-elle. Elle était heureuse de la voir, de l'écouter, de l'entendre parler ; elle prenait plaisir à l'embrasser, mais n'a jamais éprouvé auprès d'elle de sensations voluptueuses.

Obs. XX. — Joséphine M... est âgée de 27 ans ; sa mère s'était séparée de son mari pendant la grossesse et elle serait folle actuellement. La malade a toujours été fantasque, étrange. Au couvent jusqu'à 18 ans, elle s'en est évadée deux fois. Elle a été placée dans une maison de correction pour vol de bijoux à sa grand'mère. Puis elle est revenue à Paris ; elle y fit la connaissance du comte de X.., avec lequel elle vécut durant 3 ans. Son absence complète d'attrait pour les plaisirs sexuels, sa frigidité surprenaient son amant. Celui-ci, à la suite de mauvaises spéculations, ayant dû se retirer dans sa famille, elle le suivit et chercha à obtenir un emploi chez la mère de M. de X..; celui-ci refusa et la renvoya à Paris, où plus tard elle le poursuivit de nouveau de ses obsessions.

Elle est entrée au service de Mme L..., en 1886. Toujours elle a été active et dévouée, mais bizarre. Mme L..., préoccupée par ses affaires et satisfaite de son service, lui passait beaucoup d'excentricités. Elle restait des jours entiers dans sa chambre, sans rien dire. D'autres fois, elle éclatait de rire sans raison ou devenait grossière. Elle était jalouse et faisait des scènes même à sa maîtresse. Il lui est arrivé de dire que Joséphine de Beauharnais lui ressemblait, qu'elle était sa marraine, que Bazaine lui avait appris à lire, etc. Mme L... l'a congédiée, en août 1887, après une scène de jalousie à propos d'une femme qui était venue lui demander un certificat. Ce jour-là, elle brisa une tasse, une assiette, et menaça sa maîtresse d'une grosse lampe à pétrole (elle croyait que cette femme était une nouvelle domestique). Il fallut 4 sergents de ville pour lui faire quitter la maison. A partir de ce moment commencent les persécutions. Mme L... avait pris une autre domestique ; Joséphine venait l'attendre dans la rue et la frapper ; Mme L... s'est privée de domestique à cause d'elle pendant trois mois. Elle venait se poster devant la porte durant de longues heures, quelquefois une journée, exposée aux intempéries, à la pluie, les yeux dirigés vers la fenêtre de la pièce où se tenait Mme L... Quand celle-ci descendait, elle la suivait des yeux et la poursuivait dans les rues, les magasins, les églises : « Reprenez-moi, » disait-elle en gémissant. Elle escaladait la grille et venait sonner à la grosse cloche, pendant la nuit, comme un glas funèbre. Elle a été conduite au commissariat une vingtaine de fois ; elle a couché au poste 4 fois. Tous les jours elle écrivait à sa maîtresse, tantôt pour menacer, tantôt pour implorer son pardon ; elle a ainsi écrit plus de 500 lettres. Elle a proféré des menaces chez la concierge de la sœur de Mme L..., disant : « Il faut que l'une de nous deux disparaisse. » Elle enfermait ses lettres dans des enveloppes de deuil.

Au bout de trois mois, Mme L... quitte sa villa pour échapper à ses obsessions et s'installe rue Saint-Antoine. Elle finit par découvrir le logement et glisse une lettre sous la porte. Elle sonne et Mme L... venant ouvrir elle lui dit : « Ah ! c'est bien, vous êtes là, je suis contente. » Ses extravagances, ses menaces la firent interner une première fois.

Après sa sortie de Ville-Evrard, elle recommence à persécuter Mme L...; elle lui écrit le jour même, et elle vient souvent chez le concierge. Elle dépose une plainte contre un commissaire de police pour arrestation arbitraire, fait comparaître sa maîtresse deux fois devant le juge de paix, lui demandant des dommages-intérêts. Elle prétendit que le médecin de Ville-Evrard, de connivence avec Mme L..., avait reçu une forte somme d'argent. Ses persécutions ne cessant pas, elle ne tarda pas à se faire interner de nouveau. Actuellement elle parle de se venger, le revolver à la main.

Voici comment la malade raconte son histoire : « Quand Mme L... est venue me chercher, j'étais sans place. Elle me prit de suite, sans me demander ni explications, ni certificat. Le lendemain je me rendis chez elle ; en arrivant, elle me fit un gracieux sourire et me montra ses appartements. Deux jours après mon arrivée, elle me fit ses confidences, m'apprit qu'elle avait été malheureuse avec son premier mari, avec lequel elle avait divorcé. Remariée avec M. L..., en 1883, elle est en procès de séparation depuis 2 ans ; on racontait que M. L... l'avait délaissée pour un de ses amis. Elle me prévient de ne pas avoir peur chez elle, quand M. L... viendra faire des esclandres, ce qui arrivait tous les jours. Peu de jours après, nous étions comme deux amies, elle me lisait toutes les lettres qu'elle recevait de M. L..., me demandait conseil sur ce qu'elle avait à faire, causant avec moi toute la journée, au point de m'empêcher de faire mon ouvrage. Ma principale occupation, disait-elle, était de la distraire. Un soir qu'elle était chagrinée, dans un moment d'effusion, elle m'embrassa sur la joue. A partir de ce moment, toutes les journées se ressemblaient ; elle me faisait part de toutes ses affaires, m'embrassait le matin quand je descendais ; j'avoue que j'en ai pris l'habitude et que souvent je recherchais ses caresses. Nous nous embrassions réciproquement à toute heure du jour. Je trouvais cela tout naturel et n'avais pas d'autrepensée que celle d'une sympathie qui s'était montrée dès le premier jour. « J'étais aussi bien qu'au paradis avec elle. Tout en elle « me plaisait, sa démarche, son maintien, son langage, son « esprit. »

« J'avoue qu'elle était très bonne pour moi, trop familière peut-être et j'ai abusé bien des fois de sa bonté, j'ai même été plusieurs fois grossière à son égard. A partir du jour où elle me mit à la porte, je lui écrivis au moins une lettre par jour. J'en envoyais par la poste, mais le plus souvent je les portais

© ANM

moi-même. Je restais pendant des heures entières devant la porte de la villa. Je trouve que c'est ridicule, mais connaissant Mme L..., je pensais toujours que je l'attendrirais. Je sonnais au timbre qui était le plus gros du quartier. Les voisins et les bonnes venaient souvent crier contre moi, mais je n'écoutais rien. Très heureuse avec Madame, j'aurais donné ma vie pour elle ; j'étais malheureuse sans elle. Plusieurs fois elle me fit arrêter et conduire au poste. Mes deux arrestations ont été arbitraires ; dans la rue, sans que je ne dise rien, les sergents de ville sont venus m'arrêter. Elle me voit dans la rue et croit que je la suis. »

A diverses reprises, elle affirme n'avoir éprouvé et n'éprouver pour Mme L... que des sentiments de vive amitié, n'avoir jamais ressenti auprès d'elle ni auprès d'autres femmes de désirs contre nature. Dans l'asile, elle s'est montrée toujours très réservée vis-à-vis des autres malades ; on n'a remarqué aucune disposition à l'onanisme et elle présente, du reste, une anesthésie très accusée du clitoris, malgré un développement considérable de l'organe qui est proéminent avec des corps caverneux très allongés et des brides masculines très saillantes.

Parmi les dégénérés atteints d'anomalies sexuelles, le groupe des *cérébraux antérieurs* ou psychiques ne connaît plus les instincts inférieurs, il se montre même indifférent à l'instinct de la génération ; la moelle, le cerveau postérieur, sont silencieux ; le sujet reste cantonné en pleine région frontale, dans le domaine de l'idéation. C'est l'*amour sans désirs vénériens*, en dehors de toute *préoccupation charnelle*. Ce sont des platoniques, des extatiques, des érotomanes, en donnant à ce mot la signification précise que lui avait assignée Esquirol. Nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs exemples de cet amour psychique, sans désirs vénériens ; j'en ai cité trois cas, et notamment celui de M. X..., tailleur, l'amoureux psychique de Mlle Van Zandt. Je rappellerai aussi cet élève des Beaux-Arts qui passait de longues heures, la nuit, à sa fenêtre, et qui avait, disait-il, besoin d'un idéal ; et son idéal c'est Myrtho qui s'est retirée dans une étoile. Il contemple tous les soirs cette étoile, vient la voir avant de se coucher, lui rend hommage, brûle pour elle des essences et de l'encens, il lui adresse des vers.

Il est une autre classe de persécutés-persécuteurs composée de dégénérés atteints de délires systématisés ambitieux ou de persécution. Les uns poursuivent avec une ténacité, un acharnement caractéristiques ceux que leurs interprétations délirantes, leurs hallucinations, leur ont désignés comme des ennemis ; nous allons en donner un exemple tout à l'heure. Les autres, les ambitieux, ne veulent voir dans leurs parents que des infâmes qui les ont arrachés à leur véritable famille, qui veulent les dépouiller, et leur haine implacable les arme contre eux. Dans la prochaine leçon, nous verrons une malade de ce groupe.

L'observation suivante est celle d'une femme qui s'est conduite en véritable persécutrice, sous l'influence d'une erreur de personnalité à l'endroit de sa fille. D'un caractère toujours soupçonneux, violent, elle a rudoyé son mari, ses enfants. A la suite d'interprétations délirantes, incessantes et remontant déjà assez loin, elle a échafaudé tout un roman délirant ; elle croit que sa fille a été coupée en morceaux par son gendre, et refuse de la reconnaître quand elle vient la voir. Elle se met alors en campagne pour faire arrêter les assassins de sa fille ; avec une opiniâtreté infatigable, elle s'adresse à toutes les autorités et finit par se faire arrêter volontairement pour attirer sur le crime imaginaire l'attention de la justice.

Obs. XXI. — Célina H..., veuve G..., âgée de 49 ans, entre au Bureau d'admission le 1er octobre 1888.

Le père était irritable, emporté, la mère serait morte tuberculeuse ; le frère, déséquilibré, braque, dépensier, a fait de nombreux excès alcooliques. Un autre frère, très violent, aurait accaparé tout l'héritage des parents. Une cousine germaine est imbécile.

La malade, qui présente de l'asymétrie faciale, a toujours eu un caractère violent, exalté, l'humeur inégale ; ses amitiés étaient peu solides ; très soupçonneuse, elle engageait sa fille à suivre son mari, accusant celui-ci de tromper sa femme. Les scènes de ménage étaient fréquentes ; elle rouait de coups son mari sous prétexte qu'il était coureur, le mordait, le jetait dans les escaliers ; un jour, elle l'a blessé à la tête. Le malheureux en était réduit à crier à l'assassin. Elle n'a pas cessé de le brutaliser pendant sa maladie et même quelques jours avant sa mort. Elle n'était guère moins dure pour sa fille, qu'elle frappait avec violence ; elle avoue, d'ailleurs, être colère, c'est, dit-elle, son défaut. Elle se marie à 27 ans, puis des pertes d'argent surviennent : elle suppose que son mari donnait de l'argent à quelqu'un. « Il était toute la journée dehors. » On lui faisait signer « des quantités de choses, et comme elle ne sait pas lire on a dû la frustrer. »

En 1876, survient une phase mélancolique avec quelques idées de suicide, à la suite de discussions avec son mari qui ne voulait pas faire apprendre à sa fille l'état de couturière. Nouvelles idées de suicide en 1879, avec craintes d'empoisonnement : elle soupçonnait son mari de vouloir se débarrasser d'elle, d'avoir un enfant illégitime. En 1880, des modistes s'installent avec leur père dans la maison voisine. Elle ne tarde pas à remarquer bien des choses suspectes. Le jour tout était calme ; puis, le soir, le bruit commençait ; des jeunes gens entraient dans la maison, on poussait des cris pendant la nuit ; on se livrait à des orgies ; « c'étaient sûrement des femmes de mauvaise vie avec un soi-disant père ; » elle entendait des horreurs, des phrases qui ne laissaient aucun doute : « Ça ne te plaît pas, c'est cependant bien gentil. » On jetait des saletés et des ordures dans le jardin, on lâchait des chiens quand sa fille rentrait chez elle, les voisines montaient sur la terrasse pour regarder dans son jardin ; en 1883 elles l'injuriaient. La même année elle est prise de douleurs de ventre, d'une soif ardente : on avait voulu l'empoisonner ; le médecin a d'ailleurs dit : « Cela ressemble à un empoisonnement. » Elle passe deux années tranquille ; sa fille se marie en 1885. Déjà quelque temps avant son mariage, des doutes singuliers commencent à se montrer : elle disait à sa fille : « Tu n'es pas ma fille ; » elle croyait qu'on avait substitué à son enfant une fille illégitime de son mari ; ses cousins avaient tué sa fille, l'avaient jetée à l'eau. Elle la revit en décembre 1885, où elle l'accompagne chez un médecin qui l'a auscultée. Très émue, dit-elle, en voyant la maigreur de sa fille, elle a été prise d'une perte de sang et est obligée de se coucher ; elle était au lit quand sa fille et son gendre viennent lui présenter leurs vœux de bonne année ; elle fait une scène violente à sa fille lui disant qu'elle venait bien tard et que, sans doute, elle avait dû aller voir sa mère avant de venir chez elle ; en même temps elle ne lui parle plus comme à une enfant, cesse de la tutoyer, prétend que ses yeux sont changés, que tout est changé, « les mains de sa fille étaient plus grandes, son front n'était pas pointu. » Elle refuse de l'embrasser et la traite de gredine. « Si vous êtes ma fille, vous resterez avec moi, dit-elle, » et elle l'emmène chez différentes personnes pour leur demander si elles reconnaissent bien Mlle G... Elle se laisse enfin convaincre, s'écrie : « C'est bien toi, » puis peu après : « Non, dit-elle, ce n'est pas ma fille » et elle veut voir un signe que celle-ci porte à la hanche ; elle aperçoit le signe, mais, assure-t-elle, le signe était faux et avait été fait avec le nitrate d'argent. Quelques jours après son gendre vient pour lui recommander de se calmer, elle le soufflette, veut l'étrangler. Alors l'idée qu'on a substitué une autre personne à sa fille s'installe d'une façon définitive, et désormais tout entière, à sa conviction délirante, elle n'a plus qu'une pensée, retrouver son enfant, et pour cela ne recule devant rien, quitte son mari qui ne veut pas l'aider dans ses démarches, s'adresse au Préfet de police, au Parquet de Versailles, au chef de la Sûreté, à des avoués, aux commissaires de police ; elle charge des hommes

© ANM

d'affaires de continuer les recherches et dépense ainsi plusieurs centaines de francs. Elle affirme que son gendre a fait disparaître sa fille; à cette époque on trouve à Montrouge une femme coupée en morceaux: elle s'empare de ce fait; c'est son gendre qui est l'auteur du crime de Montrouge et il vit maritalement avec une maîtresse. Elle entre alors dans une phase où les interprétations délirantes, les illusions vont jouer le rôle principal, les hallucinations de l'ouïe n'étant qu'au second plan.

Dès qu'elle a commencé ses recherches (1886), on l'a fait suivre dans la rue, c'est la famille du gendre qui a trempé dans le complot. Ses parents de Saint-Denis, chez lesquels elle vivait depuis qu'elle avait quitté son mari, sont tous gens faux, méchants, affiliés à diverses sociétés et ne l'ont recueillie que par intérêt : ils ont su l'attirer et plus tard ont touché la succession de son mari. Personne ne lui disait cependant de sottises. Elle y resta un mois puis loua un appartement et son mari vint habiter avec elle. Dans la rue on la tournait, dit-elle, en ridicule, on crachait presque sur elle; parfois elle ne reconnaissait plus son gendre. On faisait courir des bruits honteux sur son compte : « Elle est pour femmes ». Dans la maison on payait une femme qui prenait son nom et faisait des orgies. Le concierge pour la compromettre faisait monter chaque soir dans une chambre vide, à côté de son appartement, un individu qui restait trois quarts d'heure, puis s'en allait. Quand elle sortait on entrait chez elle, on changeait ses papiers. Son signalement est donné dans les journaux; les réclames de Géraudel sont remplies d'allusions. Dans le tramway on disait : « Elle va voir ses amoureux à Montsouris, la fille H..., » dans la rue on lui disait des injures : « Salope, on te fera enfermer. » Ce sont des voyous payés sans doute par ses parents de Saint-Denis. En passant devant le concierge elle a entendu dire : « Tu ne t'en relèveras pas cette fois-ci »; la nuit elle entendait la voix de sa fille pleurant dans la maison voisine : « Ils disaient qu'ils l'avaient pendue par les pieds. » Pas d'hallucinations du goût, de l'odorat, pas de troubles de la sensibilité générale.

A chaque visite de sa fille, la malade s'excitait. Un jour elle jette une carafe à la figure de son frère qui veut lui prouver son erreur; une autre fois, elle se jette sur lui un couteau à la main. Elle menace son gendre et sa fille de leur jeter du vitriol à la figure. Ceux-ci cessent alors toute visite. Cependant, par moments, elle semblait revenir de son erreur; elle harcelait alors des amis pour aller reconnaître sa fille.

En février 1887, son mari tombe malade, sa fille et son gendre viennent le voir; elle ne reconnaît pas son enfant bien que celle-ci l'appelât maman, elle paraissait un peu plus grande que sa vraie fille; la figure n'était pas la même. » Depuis la mort de son mari, elle ne l'a plus revue et cette séparation forcée ne fit que confirmer ses convictions Elle redouble ses démarches, cherche à pénétrer dans le logement de sa fille. Un jour elle escalade un treillage parce que celle-ci refusait de lui ouvrir : « Vous vous enfermez, gredine, criait-elle ». Elle lui écrit et ne reçoit qu'une lettre impolie qui, bien que signée du nom de sa fille, n'émanait sûrement pas d'elle. (Ce n'était pas son écriture.) Elle se présente alors chez son gendre avec deux témoins pour savoir ce que devenait son enfant : sa fille ayant répondu qu'elle refusait de la recevoir (réponse inadmissible, dont son enfant est incapable), elle se retire plus convaincue que jamais que son gendre, après avoir fait disparaître sa fille, vit avec une maîtresse, qui sans doute est une fille de son mari, car « comment supposer à une étrangère assez d'audace pour avoir pris la place de sa fille? » Dans ces derniers temps elle devient intempérante, boit du cognac; enfin, lasse de tous les échecs qu'elle a subis, décidée à attirer l'attention de la justice, elle se fait arrêter sur un banc, disant aux sergents de ville : « Je veux me faire arrêter, quand même il faudrait me faire passer pour voleuse ou pour complice d'un crime. »

A l'asile, la malade est très tranquille; l'on ne constate aucun trouble sensoriel. Mise en présence de son gendre, elle s'avance et, d'un ton impérieux : « Et ma fille? s'écrie-t-elle. Depuis deux ans je vous vois toujours seul, vous l'avez donc séquestrée, misérable! Je désire voir ma fille ou sinon... » Une entrevue eut lieu entre la malade et sa fille : elle la regarde d'abord avec attention, se rapproche pour l'examiner avec plus de soin, la conduit en pleine lumière, réfléchit, puis l'entoure de ses bras, l'embrasse avec effusion à plusieurs reprises, en s'écriant : « Ma fille, pourquoi êtes-vous restée si longtemps sans venir me voir? » Bien que persuadée qu'elle se trouve en présence de son enfant, elle n'en est pas moins convaincue que la personne qu'elle a vue l'année dernière, avec son gendre, n'était pas sa fille. Son gendre, T..., a un appartement rue Condorcet, un autre à Chatou; qui lui dit qu'il n'y a pas deux dames T..., l'une rue Condorcet, l'autre à Chatou. Quelques jours après elle reprend une attitude réticente; elle semble avoir de nouveau des doutes sur l'existence de son enfant, et bientôt après elle retourne à son erreur première et prétend avoir fait semblant de reconnaître sa fille pour obtenir sa sortie.

Par la nature de ces réactions, cette malade dégénérée peut être rangée dans le groupe des persécutées persécutrices; toutefois, l'allure et les véritables caractères de persécutrice sont, chez elle, moins persistants que chez les malades précédents. Faisons remarquer que la longue durée du trouble intellectuel et l'existence par intervalles d'hallucinations de l'ouïe auraient pu, à un examen superficiel, faire croire à un délire chronique. (*A suivre.*)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. **J.-M. CHARCOT.**

La Nutrition dans l'Hystérie (*Suite*) (1);

par le Dr **GILLES DE LA TOURETTE**, chef de Clinique des maladies du système nerveux, et **H. CATHELINEAU**, interne en pharmacie de la Clinique.

APPLICATIONS DES RÉSULTATS OBTENUS AU DIAGNOSTIC POSITIF ET DIFFÉRENTIEL DES DIVERSES MANIFESTATIONS HYSTÉRIQUES.

Désormais, à proprement parler, nos recherches sont terminées; il faut songer à appliquer les résultats que nous avons obtenus. Nous le répétons, ce n'est pas un point de vue théorique que nous avons envisagé, mais bien la clinique que nous avons toujours eue pour objectif.

Notre but a été d'apporter, par l'étude de la nutrition, une aide à la différenciation des états hystériques d'avec ceux qui les pouvaient simuler. C'est, dans un certain ordre d'idées, l'anatomie pathologique de l'hystérie que nous avons entreprise, avec cette particularité que, dans la circonstance, l'autopsie est remplacée par une simple analyse de l'urine des 24 heures.

Nous ne parlerons plus maintenant de l'hystérie normale, car nous avons péremptoirement démontré qu'on ne saurait chimiquement la différencier d'avec un autre état n'entrainant pas de modifications dans les échanges. L'hystérique n'est plus l'être à part que l'on croyait, « ne déperdant rien, et auquel il est inutile, sinon nuisible, de manger ». Il mange et boit comme tout le monde, peut-être en plus épicé et voilà tout. Ses excreta urinaires, rapportés au kilogramme d'individu, sont entièrement superposables à ceux d'un sujet normal.

C'est de l'hystérie pathologique dont il va s'agir dans ce chapitre de diagnostic différentiel; aussi, croyons-nous nécessaire de rappeler quelques-uns des résultats que nous avons obtenus, en particulier, d'abord, ne ce qui regarde l'attaque.

Nous avons démontré pour la première fois, en nous appuyant sur un nombre considérable d'analyses (tabl. II),

(1) Voyez le *Progrès médical*, 1er décembre 1888; nos 18, 19, 25, 1889; et nos 2, 8, 9 et 39, 1890.

© ANM

que dans l'attaque d'hystérie, le taux du résidu fixe, de l'urée, des phosphates était toujours abaissé et qu'il y avait inversion de la formule de ces derniers; et cela, aussi bien dans l'attaque convulsive aux quatre périodes que dans l'attaque bornée à une période prédominante. Nous consacrions ainsi, de la façon la plus irréfragable, cette merveilleuse intuition qui avait poussé M. Charcot à faire parties d'un même tout des phénomènes cliniquement aussi différents les uns des autres que les convulsions épileptoïdes, d'une part, et les attitudes passionnelles, de l'autre, par exemple. Il faut bien le dire, aujourd'hui personne ne songe plus à désunir les 4 périodes de l'attaque d'hystérie, mais il n'en a pas toujours été ainsi et, à une époque qui n'est pas encore bien lointaine, il fallait avoir un certain courage pour adopter cette opinion, tant le vrai, en médecine comme ailleurs, peut quelquefois ne pas être vraisemblable.

Pour nous en tenir actuellement à l'attaque, il est évident que c'est d'avec l'épilepsie qu'il faudra dans l'immense majorité des cas différencier l'hystérie.

Depuis plusieurs années que nous suivons le service de la Clinique, nous n'avons jamais vu la question se poser, par exemple, entre l'hystérie et les convulsions urémiques ou éclamptiques; c'est toujours entre l'hystérie et l'épilepsie que le diagnostic était hésitant.

Désormais, dans ces cas douteux, et ils sont plus nombreux qu'on le croit, l'analyse des urines de la période d'attaque des 24 heures suffira pour assurer un diagnostic, qu'on était obligé de baser autrefois sur l'action à longue distance du bromure, sur la disparition des accès en cas d'épilepsie, ou l'état stationnaire des attaques en cas d'hystérie.

Les recherches de MM. Lépine et Mairet, déjà citées, nous ont en effet appris à connaître la véritable formule de l'accès d'épilepsie. « Sous l'influence des attaques ordinaires (d'épilepsie) et comparativement à l'état normal, dit M. Mairet (*loc. cit.*, p. 208) : 1° l'azote rendu par 24 heures est augmenté; 2° l'acide phosphorique uni aux terres est augmenté; 3° l'acide phosphorique uni aux alcalis est généralement augmenté; 4° l'acide phosphorique total est augmenté. » Ce sont là des résultats justement opposés à ceux que donne l'attaque d'hystérie.

Ces résultats sont constants dans l'épilepsie; nous les avons obtenus comme MM. Lépine et Mairet, et, pour bien en faire saisir la portée, nous ne saurions mieux faire que de mettre en parallèle les analyses fournies par deux malades du service de M. Charcot, l'une épileptique, l'autre hystérique, que leur poids et leur âge, peu différents, permettaient fructueusement de rapprocher l'une de l'autre.

Dav., 16 ans, 35 kilos, épileptique cliniquement confirmée, excrète à *l'état normal* pour la période des 24 heures, 900 c. c. d'urine, 40 gr. de résidu fixe, 17 gr. d'urée, 1 gr. 63 d'acide phosphorique total se décomposant en terreux : 0,40, et alcalin 1 gr. 23 donnant la proportion normale de 32 à 100 pour les phosphates. Dans la période *d'accès épileptique* des 24 heures, elle excrète 1,040 c. c. d'urine, 44 gr. de résidu fixe, 21 gr. 07 d'urée, 1 gr. 97 d'acide phosphorique total, se décomposant en terreux 1 gr. 39, et alcalin 1 gr. 97, donnant la proportion sensiblement normale de 41 à 100 pour les phosphates.

Tous les excreta urinaires sont augmentés dans l'accès d'épilepsie par rapport à l'état normal.

Mettr., 19 ans, hystérique cliniquement confirmée, excrète à l'état normal 1,100 c. c. d'urine, 40 gr. 20 de résidu fixe, 18 gr. 15 d'urée, 2 gr. 05 d'acide phosphorique total, se décomposant en terreux 0 gr. 58 et alcalin gr. 47, donnant la proportion normale de 40 à 100.

Dans la période d'attaque hystérique des 24 heures, elle excrète 630 c. c. d'urine, 30 gr. 30 de résidu fixe, 10 grammes d'urée, 0 gr. 79 d'acide phosphorique total, se décomposant en terreux 0 gr. 37 et alcalin 0 gr. 42, donnant la proportion de 88 à 100 réalisant l'inversion de la formule des phosphates sur laquelle nous nous sommes suffisamment expliqués pour ne plus y revenir.

Tous les excreta urinaires sont diminués dans l'attaque d'hystérie par rapport à l'état normal.

Voilà, il nous semble, des caractères différentiels de premier ordre et dans les cas où le diagnostic sera hésitant entre l'accès d'épilepsie et l'attaque d'hystérie, l'analyse des 24 heures n'apportera-t-elle pas un appoint des plus précieux au diagnostic (tabl. XXIII) ?

TABLEAU XXIII.

Comparaison entre l'accès d'épilepsie et l'attaque d'hystérie.

NOMS		VOLUME	RÉSIDU FIXE POUR 1000 C. C.	URÉE	Acide phosphor. TERREUX	Acide phosphor. ALCALIN	Acide phosphor. TOTAL	RAPPORTS	OBSERVATIONS
		c.c.	gr.	gr.	gr.	gr.	gr.		
Dav.. ., 16 ans, 35 k. (s.Claude-Bernard).	Etat normal.	900	40 2/3	17	0.40	1 23	1.63	32 à 100	Epilepsie.
	Accès . ,...	1 040	44	21.07	0.58	1.39	1.97	41 à 100	
Mettr.....19 ans 41 k. 500 (salle Duchenns).	Etat normal.	1100	40.20	18.15	0 58	1.47	2 05	40 à 100	Hystérie.
	Attaque....	630	30.30	10	0.37	0.42	0.79	88 à 100	

II. — Nous avons démontré qu'en ce qui regarde l'hystérie les résultats étaient les mêmes, sous quelque forme que se présentât l'attaque, nous n'y reviendrons pas. Mais, en s'en tenant à cette variation de la forme clinique, il nous faut dire quelques mots des différences chimiques qui existent entre l'accès d'épilepsie partielle, vraie, symptomatique, par exemple, d'une cicatrice ou d'une tumeur cérébrale, et l'attaque d'épilepsie partielle hystérique. Cliniquement, nous pouvons l'affirmer, il est des cas où le diagnostic différentiel est impossible.

A propos de l'épilepsie partielle, nous avons dû nous livrer à des recherches complémentaires de celles que nous avons trouvées dans les auteurs; M. Mairet (1) ne parle pas de l'épilepsie partielle. MM. Lépine et Jacquin, dans leur excellent travail, antérieur à tous les autres sur le même sujet (1879), ont étudié 2 cas d'épilepsie partielle vraie (obs. VI et VII), mais il ne leur a pas été donné d'observer une attaque d'épilepsie complète avec perte de connaissance. Ces attaques, du reste, ne sont pas très communes et certains malades restent souvent 3 mois sans avoir autre chose que des secousses dans un membre. D'autre part, M. Lépine a surtout étudié, dans l'épilepsie (et plusieurs autres affections nerveuses), le rapport de l'azote à l'acide phosphorique et noté dans l'épilepsie ou les vertiges épileptiques, l'augmentation des phosphates terreux. Nos

(1) *Recherches sur l'élimination de l'acide phosphorique chez l'homme sain, l'aliéné, l'épileptique et l'hystérique*, 1881.

© ANM

recherches à ce sujet diffèrent donc un peu des siennes. Elles les complètent en mettant en lumière des points de vue nouveaux (1).

Nous devons dire, en plus, qu'afin d'éviter le ralentissement nutritif qu'auraient pu causer le bromure de potassium ou les frictions mercurielles, comme l'a indiqué M. Lépine, nos malades étaient soumis, pour toute médication, à l'usage d'une solution de chlorure de sodium étendue.

TABLEAU XXIV.

Comparaison entre l'épilepsie partielle symptomatique et l'épilepsie partielle hystérique.

NOMS		VOLUME	RÉSIDU FIXE POUR 1000 C. C.	URÉE	Acide phosphor. TERREUX	Acide phosphor. ALCALIN	Acide phosphor. TOTAL	Rapp. des ac. phosp.	OBSERVATIONS
		c.c.	gr.	gr.	gr.	gr.	gr.		
Conq..., 34 ans. 72 k.	Etat normal.	1450	45	23 15	0.66	1.87	2.53	37 à 100	Epilepsie partielle vraie, symptomatique.
(salle Bouvier).	Accès.....	1700	49 20	61.20	1.07	2.48	3.55	43 à 100	
Thur.., 48 ans. 58 k.	Etat normal.	1200	43.60	19	0.49	1.46	1.95	35 à 100	
(salle Bouvier).	Accès.....	1260	53	22 80	0.65	1.75	2.40	37 à 100	
Blanch..., 29 ans. 49 k.	Etat normal.	1080	45.20	19.50			2.17		Epilepsie partielle. hystérique.
(salle Duchenne).	Attaque....	910	30.80	8.55			1.70		

C'est dans ces conditions que, parmi plusieurs malades, nous en avons surtout observé deux qui, à plusieurs reprises, nous ont offert le tableau de l'épilepsie partielle la plus caractéristique. Chez le premier, l'accès commençait par le bras droit, gagnait la face, puis la jambe droite, avec morsure de la langue, perte de connaissance et convulsions généralisées. Chez le second, l'accès débutait par la jambe gauche, le bras, la face, morsure de la langue et convulsions généralisées. Tous les deux paraissaient indemnes de syphilis.

Or, si l'on veut bien considérer le tableau XXIV, on verra que, chez tous les deux, l'accès d'épilepsie partielle élevait singulièrement le taux de tous les éléments constitutifs, au point, chez le premier, de tripler le poids de l'urée dans les 24 heures. Dans les deux cas, l'acide phosphorique total était augmenté, comme tous les autres éléments, sans inversion de la formule des acides terreux et alcalins.

L'accès d'épilepsie partielle symptomatique, comme l'accès d'épilepsie ordinaire, augmente donc le taux des éléments constitutifs de l'urine des 24 heures (1).

A côté de ces deux cas, nous avons placé un exemple d'épilepsie partielle hystérique dont nous avons déjà parlé en traitant ce sujet. La malade présentait au complet les stigmates caractéristiques de la névrose ; elle avait, de plus, des accès convulsifs aux quatre périodes, ce qui ne l'empêcha pas un jour de présenter une série d'accès d'épilepsie partielle débutant par le bras droit, et que *cliniquement* il était absolument impossible de différencier de l'épilepsie partielle symptomatique. L'examen de l'urine nous permit de faire cette différenciation. En effet, alors que l'état normal donnait 1,080 centim. cub. d'urine, 45 gr. 20 de résidu fixe, 19 gr. 50 d'urée, 2 gr. 17 d'acide phosphorique total, on trouvait, pour la période d'accès des 24 heures, 910 centim. cub. d'urine, 30 gr. 80 de résidu fixe, 8 gr. 55 d'urée, 1 gr. 70 d'acide phosphorique total. A cette époque, nous ne connaissions pas encore l'inversion de la formule des acides phosphoriques ; la différenciation n'en fut donc pas faite, c'est un point qu'il ne faudrait pas négliger dans les analyses ultérieures.

En résumé, *l'attaque d'épilepsie partielle hystérique se juge par l'abaissement du taux de tous les éléments constitutifs de l'urine des 24 heures.*

Chimiquement, il est donc aussi facile de différencier l'accès d'épilepsie partielle symptomatique d'avec l'attaque d'épilepsie partielle hystérique que de différencier l'accès d'épilepsie ordinaire d'avec l'attaque d'hystérie convulsive aux 4 périodes.

Ce fait est, croyons-nous, de la plus haute importance en clinique, aujourd'hui que la trépanation occupe une place prépondérante dans le traitement curatif de l'épilepsie partielle symptomatique. Connaissant les résultats que nous venons d'exposer, sachant la difficulté qu'il y a de différencier *de visu* l'accès d'épilepsie partielle symptomatique de l'attaque d'épilepsie partielle hystérique, on ne pouvait s'entourer de trop de précautions et, avant d'entreprendre une grave opération, il serait indispensable de faire l'analyse de la période d'accès des 24 heures, comparativement avec la période correspondante d'état normal. On évitera peut-être, de cette façon, bien des surprises désagréables. (*A suivre*).

(1) Voici les conclusions du Mémoire de MM. Lépine et Jacquin : *Sur l'excrétion de l'acide phosphorique par l'urine dans ses rapports avec celle de l'azote. Revue de médec.*, 1879. « Les faits les plus importants contenus dans les pages précédentes, peuvent être résumés ainsi qu'il suit : 1° chez tous les épileptiques, dans l'intervalle des attaques, le rapport de l'acide phosphorique à l'azote est moins élevé que normalement ; 2° chez ces mêmes malades, immédiatement après l'attaque, le rapport s'élève d'une manière notable ; 3° parfois, sans qu'il y ait d'attaque, mais simplement menace d'attaque, ce rapport s'élève, et cette augmentation peut être due à celle des phosphates terreux ; 4° cette dernière anomalie peut se rencontrer dans certains cas de tumeur cérébrale et dans beaucoup d'autres états cérébraux..., etc. » Depuis cette époque, M. Lépine est revenu à maintes reprises sur ce sujet important dans diverses publications, au cours desquelles il a noté, en particulier, la présence du phosphore incomplètement oxydé dans l'urine des hystériques, et dans d'autres états nerveux. (Voy. *Titres et travaux de R. Lépine*, Lyon, Storck, 1887, p. 12 et suiv.)

(1) Nous avons eu récemment l'occasion d'observer un 3e cas qui nous a donné des résultats absolument concordants avec les précédents. Homme de 34 ans, poids 71 kilos, *syphilis* ; épilepsie partielle débutant par le bras droit, gagnant la face, perte de connaissance. Etat normal (moy. de 4 analyses) ; urines, vol. 1200 c. c. ; résidu fixe pour 1000 c. c., 47 gr. ; urée, 20 gr. 50 ; acide phosphorique total, 2 gr. 70, se décomposant en : alcalin, 1 gr. 95 et terreux 0 gr. 75, donnant le rapport normal de 40 à 100 ; le 8 décembre, accès de moyenne intensité : urines, vol., 1300 c. c., résidu fixe p. 1000 c. c., 53 gr. ; urée, 31 gr. ; acide phosphorique total, 4 gr. 05, se composant en : alcalin, 2 gr. 80 et terreux 1 gr. 25, donnant le rapport normal de 43 à 100.

INSTITUT NATIONAL DES SOURDS-MUETS. — Par arrêté du ministre de l'intérieur, M. le docteur E. Ménière, médecin auriste du dispensaire Furtado-Heine, a été nommé médecin adjoint de l'institution nationale des Sourds-Muets de Paris. Il a été nommé également médecin auriste de la grande chancellerie de la Légion d'honneur.

CHLOROFORME ET VOLEURS. — Les journaux racontent qu'une bande de voleurs parisiens se sert de chloroforme pour endormir les victimes avant de les dévaliser. Cette assertion un peu risquée du *Temps* mériterait au moins vérification. Il est peu facile de se figurer des voleurs dans le rôle de chloroformiseurs.

© ANM

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

FACULTÉ DE MÉDECINE

Ouverture des Cours du semestre d'hiver.

Clinique des maladies des voies urinaires (*Hôpital Necker*). — M. le Pr Guyon.

Mercredi dernier, 12 novembre, à 9 heures 1/2, M. le Pr Guyon a repris ses cours de clinique des maladies des voies urinaires dans l'amphithéâtre d'opérations de l'hôpital Necker, récemment réparé, mais trop petit de beaucoup pour contenir les nombreux auditeurs qui se pressaient en foule à cette leçon d'ouverture. M. le Dr Le Dentu, le nouveau professeur de clinique chirurgicale du même hôpital, y assistait, ainsi que plusieurs chirurgiens des hôpitaux et professeurs agrégés.

M. le Pr Guyon, après quelques mots sur la nécessité et l'intérêt des études spéciales en clinique, a exposé le résumé des travaux de son service pendant l'année qui vient de s'écouler.

Il a rappelé d'abord que le chiffre des consultations atteignait par mois 800 et 900: ce qui est fort respectable. La nouvelle organisation de la salle de la Terrasse à l'hôpital Necker (salle des consultations) accroîtra encore ce nombre, nous en sommes convaincu, si le personnel a, autant que son maître, le souci du succès et veut, comme lui, contribuer, en payant largement de sa personne, à l'édification définitive de l'Ecole de Necker. Nous avons étudié en détails, il y a quelques semaines, la façon dont le service a été compris. Nous n'hésitons pas à dire que l'on n'a reculé devant aucun sacrifice pour faire bien et très bien, et que nulle part, à Paris, on pourrait trouver une installation matérielle aussi luxueuse et aussi complète. Tout le mérite en revient à M. le Pr Guyon, qui n'a épargné ni son argent ni sa peine ; nous n'y insistons pas davantage ici, car nous avons l'intention de publier dans ce journal, comme nous l'avons fait pour l'Hôpital Bichat, la description de ce service, si notre cher maître veut du moins nous en donner l'autorisation.

Les opérations, exécutées dans les salles des voies urinaires en 1889 (période de 10 mois), s'élèvent au nombre de 147, avec une mortalité de 4,76 0/0. Parmi les plus intéressantes de cette statistique, nous citerons une ovariotomie, une ectopie du rectum, une néphrectomie, 3 néphrorrhaphies, une dizaine de tailles, 28 lithotrities et 67 uréthrotomies internes. M. Guyon a pris soin de faire remarquer, pour justifier la mortalité de 4,76 0/0, qu'il opérait tous les cas où il jugeait une intervention utile, sans se préoccuper de ce que pourrait être sa statistique. Il a ensuite fait ressortir la différence qui existe entre les malades infectés et ceux qui ne le sont pas, et montré que jusqu'ici l'antisepsie médicale des voies urinaires n'avait pas encore donné des résultats très satisfaisants. Il a terminé ce premier cours par l'étude de ses cas de morts, excellent procédé pour faire en chirurgie des progrès notables, et avoué, avec la plus grande franchise, que certains d'eux sont dus à l'infection. Cette manière de faire, que M. Terrier a le premier mise en usage en France, est la seule façon, pour tout chirurgien honnête et doué du véritable esprit scientifique, de se perfectionner sans cesse. Nous voyons avec grand plaisir que M. le Pr Guyon n'a pas hésité à prendre de même, dans son service spécial, le taureau par les cornes.

Cette leçon a été suivie de l'exécution d'une lithotritie difficile, que le professeur a mené rapidement avec le brio et la facilité que l'on sait.

Clinique ophtalmologique (*Hôtel-Dieu*). — M. le Pr Panas.

Lundi dernier, 10 novembre, M. le Pr Panas a repris, à l'Hôtel-Dieu, ses leçons de clinique ophtalmologique. Le professeur, dans cette leçon d'ouverture, a longuement fait ressortir *les liens qui rattachent l'ophtalmologie à la médecine générale d'abord, à la chirurgie ensuite.*

Grâce à de nombreux exemples, il a montré combien l'examen approfondi des yeux, au début de diverses maladies médicales chroniques, peut rendre des ervices. Il s'impose même en certains cas, si l'on veut affirmer un diagnostic ; il est souvent la principale, quelquefois la seule ressource du praticien dans quelques occasions délicates. De même, quand on réfléchit au retentissement que presque toutes les lésions générales ont sur l'œil, on le constate facilement, il faut que l'ophtalmologiste connaisse à fond les maladies nerveuses, où, depuis quelque temps, l'oculistique a pris une place si importante, et qu'il ait fait une étude complète de la pathologie et de la clinique internes.

Les relations de l'ophtalmologie avec la chirurgie sont naturellement aussi intéressantes ; de même pour l'anatomie, la physiologie, l'anatomie pathologique, qui, unies à l'étude des maladies oculaires, sont absolument nécessaires pour constituer la vraie *ophtalmologie scientifique*,

Ce préambule terminé, M. Panas a fait ensuite l'étude clinique d'un cas d'*hémorrhagies spontanées du vitræum chez un enfant*. Il a montré comment, dans ce cas et dans un autre semblable, l'étude des lésions viscérales et surtout celles des affections du tube digestif ont donné la raison d'être de ces accidents d'une étiologie souvent si obscure. Il y aurait peut-être là matière à discussion.

Ces leçons de clinique ophtalmologique continueront comme nous l'avons annoncé dans le N° des Etudiants.

Clinique de pathologie infantile (*H. des Enfants-Malades*). — M. le Pr Grancher.

Voici la première fois qu'un cours de professeur de clinique de l'Ecole est fait à l'hôpital l'après-midi. C'est une très heureuse innovation, qui certainement rendra service à un grand nombre d'étudiants et de médecins. Pour ne prendre que les élèves des hôpitaux, il est certain que ces derniers sont dans l'impossibilité de bénéficier d'un grand nombre de cours cliniques fort utiles pour eux, à moins qu'ils ne soient dans le même hôpital. Et encore, dans ce dernier cas, ne peuvent-ils souvent y assister, étant retenus dans leur propre service. Ce fait est surtout important quand des cours traitant d'affections spéciales ne sont faits que par un seul professeur dans la Faculté. Les cours cliniques de l'après-midi seront donc certainement très bien accueillis.

Après avoir remercié les différentes personnes qui l'ont suppléé pendant sa maladie, M. le Pr Grancher annonce la continuation de ses leçons tous les mardis à 4 heures, tandis que MM. Déjerine, Hermet et un dermatologiste devant remplacer M. Gaucher, feront un cours le jeudi et le samedi à la même heure. La tâche du professeur de clinique, dit M. Grancher, est extrêmement difficile ; et, pour suppléer aux connaissances qu'il ne peut forcément avoir, il doit s'entourer d'hommes spéciaux. Il doit être une sorte de répétiteur, un professeur de faits déjà connus, tout en enseignant les idées scientifiques du moment et indiquant les faits non connus à rechercher. Il faut qu'il soit un instructeur, un éducateur et un initiateur. L'élève encore peu avancé apprend les faits connus, celui ayant une instruction plus complète trouve dans la leçon clinique une ligne d'études ; enfin, le médecin éclairé y cherche les idées à approfondir.

© ANM

Le professeur présente ensuite une fillette atteinte de scoliose gauche très marquée, avec déformation considérable du thorax. Cette enfant présente une hyperesthésie de toute la moitié du corps du même côté. Ce phénomène est-il dû à de la syringomyélie, ce que n'admet pas M. Déjerine, ou a de l'excitation de la moelle ou des cordons nerveux? Ces faits de troubles nerveux sont rares dans la scoliose. Cette exposition clinique a été complétée par une étude sur l'étiologie de la scoliose et sur l'hérédité de la tuberculose.

Cours d'Histologie. — M. le Pr Mathias Duval.

Avec M. Duval il faut dire toujours la même chose. Son talent ne s'est pas amoindri ; cette formule suffirait à la rigueur, car, de tous les cours professoraux, celui-ci est de beaucoup l'un des mieux faits, et nul ne conteste l'admirable talent du professeur. Il l'a largement prouvé ; la démonstration, c'est son succès, son triomphe. On croirait presque que c'est sa vie, si l'on ne suivait pas ses mémoires et ses notes, la vie toute de travail que cet Arago de la Faculté de médecine mène à son laboratoire de l'Ecole. Certes, les appréciations des cours que l'on nous demande dans ce journal ne peuvent pas être toutes louangeuses ; elles deviendraient vite suspectes de partialité.

Cette année, M. Duval avait à exposer les premières définitions de l'histologie à un public composé d'étudiants de deuxième et surtout de première année, échappés de ce baccalauréat restreint si insuffisant. Je me rappelle que M. de Lanessan avait transformé cet enseignement en un véritable cours de darwinisme, alors passionnément suivi par la foule des jeunes enthousiastes sortis des Lycées et se précipitant vers l'endroit où filtre un peu de jour. Mais les leçons tirées de l'histoire naturelle étaient un peu lointaines pour ces jeunes gens, sans applications pratiques. Tout cela n'était pas encore entré dans la médecine. Il était réservé à l'Ecole d'Anthropologie de fusionner ces vérités modernes avec les vieux programmes et de les amalgamer au point que l'élève apprit en même temps et d'une façon qui les rendit inséparables, comme soudées par les applications pratiques, les doctrines darwiniennes, l'histoire naturelle et le côté médical, si étendu, de cette dernière science. La façon mesurée, logique et digne dont M. Duval se charge de cette besogne, nous a rassuré sur le succès à la Faculté de médecine des idées chères à l'Ecole d'Anthropologie.

Avec cet homme, on a toujours la surprise délicieuse de voir un tour de force accompli sans difficultés apparentes. Vous me direz que je loue toujours. Mais si l'on a quelquefois le déplaisir de dire que ce qui est mal est mal, il faut au moins qu'il soit compensé par la satisfaction de trouver bien ce qui est bien. J'en use et continue. L'année dernière, pour faire entrer les élèves dans cette question presque métaphysique de l'anatomie générale, il avait pris, par un subterfuge qui nous a ravis, la voie des définitions, et c'est en nous expliquant ce que voulaient dire histologie, tissus, cellules, qu'il nous avait fait, en une heure, l'histoire de la science. Cette année il a trouvé autre chose, et, nous qui le guettions, nous avons été refaits... et charmés.

Bichat a créé l'anatomie générale des tissus, sans le microscope. A sa suite, avec l'aide de cet instrument, cette anatomie fut achevée. Elle est maintenant presque aussi forte et parfaite que l'anatomie descriptive, et l'on en peut dire, comme de cette dernière, qu'il n'y a plus rien à trouver là. Les cadres sont faits, les cellules y sont classées, et aussi les fibres comme les plantes dans un herbier, mais mortes comme elles. Faut-il simplement exposer ces cadres et décrire ces cadavres? Non, car un autre est venu, qui a fondé la physiologie générale ; qui a montré que dans la vie de la cellule devaient être cherchée la raison des phénomènes vitaux les plus complexes. Il ne faisait pas plus de microscope que Bichat, mais son influence sur l'histologie n'a pas été moindre que celle de ce dernier. Avec Claude Bernard, nous voyons s'agiter et vivre nos cellules mortes, comme la mandragore qui s'échappe animée des feuillets du livre de l'enchanteur dans les contes d'Hoffmann. Si nous étudions la structure des cellules de l'intestin, il nous faut voir ces pseudopodes, ces cils vibratiles transitoires, décrits par Zavarykui, qui vont chercher sous le chyle les aliments ou les particules colorées et les ramènent à l'intérieur de la cellule, dans le rein ; nous saurons que la cellule sécrétante a sa vie spéciale, qu'elle choisit parmi les éléments du sang ceux qu'elle doit rejeter et qui s'en iront former l'urine. Et si, comme Heidenhain, nous injectons dans le sang du bleu d'indigo, nous le surprendrons à son passage dans le labyrinthe rénal, au milieu du corps même de ces cellules actives. Et combien d'autres exemples. La cellule de la mamelle qui tire du sang l'aliment complet nécessaire au nouveau-né, le lait et tant d'autres. Ainsi nos cadavres vivent. Notre anatomie générale prend une portée incalculable, car elle se féconde par son union avec la physiologie générale ; et, sans ces deux bases, en dehors même de leur absolu intérêt scientifique, il n'est guère de pathologie compréhensible pour le médecin.

M. Duval a terminé sa leçon en rendant hommage à l'ancien lecteur de Cl. Bernard, à son successeur au Collège de France, qui a su appliquer ces idées, démontrer leur réalité, et qui, ayant atteint le but extrême des aspirations d'un savant français, l'Institut, peut encore, heureusement, exercer son influence sur les jeunes générations.

Cours de Pathologie chirurgicale. — M. le Pr Lannelongue.

« M. le Pr Lannelongue a ouvert son cours le mercredi 12 novembre. Nous n'insisterons pas sur les qualités de l'enseignement de ce professeur, mais qu'il nous soit permis de regretter de ne pas les voir s'exercer sur des sujets qu'il aime et qu'il traiterait sinon avec plus d'autorité et de compétence, au moins avec plus de plaisir et d'entrain.

« Tout le monde sait combien les travaux du professeur Lannelongue ont apporté de lumière dans nombre de questions de chirurgie infantile. Pourquoi le laisser perdre un temps précieux pour la science en le maintenant dans une chaire de pathologie externe, quand il serait si simple de lui créer un cours de maladies chirurgicales de l'enfance? Ceci nous ramène à cette demande si souvent formulée : l'enseignement général laissé aux agrégés ; un nombre indéterminé de cours spéciaux créés chaque fois qu'il se trouverait des hommes ayant acquis une incontestable compétence en une matière particulière.

« On a fait un pas dans cette voie en créant un cours de clinique pour le professeur Guyon. Nous attendons qu'on suive cet exemple pour le professeur Lannelongue. Quoi qu'il en soit, ce dernier a recueilli aujourd'hui de vifs applaudissements de son nombreux auditoire. »

Telles sont les réflexions que nous recevons au sujet du cours de M. Lannelongue. Elles soulèvent deux importantes questions qui méritent un examen attentif.

© ANM

Cours de Maladies mentales (*Asile Clinique, Ste-Anne*). — M. Magnan.

Dimanche dernier, 9 novembre, M. Magnan a repris la série de ses cours annuels dans l'Amphithéâtre de l'Admission, à l'Asile clinique. Il traitera cette année de l'alcoolisme et de son influence sur les maladies mentales. Sa première leçon a été consacrée à des généralités qui lui ont permis de mettre sous les yeux des auditeurs des documents précis sur la marche de l'intoxication alcoolique dont l'invasion prend en France de telles proportions, que, selon l'expression autorisée de Claude (des Vosges), l'alcoolisme est devenu un *péril social*. Ce n'est point seulement l'alcoolisé lui-même qui sollicite l'attention des médecins, de l'hygiéniste, du magistrat, du moraliste, de l'économiste, mais malheureusement c'est aussi sa descendance qui devient pour la société un danger et un déchet des plus onéreux. Pour le département de la Seine, les renseignements statistiques de l'infirmerie du dépôt de la Préfecture de police et ceux du Bureau central d'Admission de l'Asile clinique, par leur mutuel contrôle, fournissent des données d'une saisissante importance ; ils montrent l'alcoolisme émergeant au-dessus des autres maladies mentales ; puis, par ordre de fréquence, viennent les diverses formes de la dégénérescence mentale et la paralysie générale. Ce sont là, en quelque sorte, trois groupes d'une même famille, l'absinthisme appelant à lui la dégénérescence mentale et la paralysie générale dont il est un des facteurs les plus puissants. Après l'étude clinique de l'alcoolisme complétée par l'expérimentation physiologique, M. Magnan s'occupera de l'influence de l'alcoolisme sur les maladies mentales ; et, par des exemples variés, fera ressortir les combinaisons et les rapports réciproques entre l'alcoolisme et les diverses formes mentales : la paralysie générale, les folies des héréditaires, l'épilepsie, etc. Le professeur termine sa leçon par la présentation de trois malades offrant les caractères classiques du délire alcoolique. — M. Magnan continuera ses leçons tous les dimanches à dix heures ; celles du mercredi, particulièrement recommandées aux étudiants, sont spécialement destinées au diagnostic pratique des maladies mentales.

Conférences de Pathologie interne. — M. Quinquaud.

Après avoir exposé les difficultés que présente actuellement l'étude de la pathologie générale, à cause de l'étendue des notions qu'elle entraîne, M. Quinquaud retrace l'histoire de l'évolution de cette science. En premier lieu parut l'Ecole clinique, avec Corvisart et Laënnec, à laquelle fit suite l'Ecole biologique. Enfin, l'âge actuel est représenté par l'Ecole d'expérimentation. L'enseignement de la pathologie interne doit donc être de nos jours représentatif. On y doit associer l'observation clinique, l'expérimentation avec les études physico-chimiques, anatomico-pathologiques, bactériologiques, thérapeutiques et hygiéniques, qui ont une application directe à la médecine. Cet enseignement doit donc être à la fois théorique et pratique. Afin de concilier ces deux modes d'enseignement, le cours théorique, fait par M. Quinquaud, le lundi et le vendredi, à 4 heures, au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique, sera complété par des cours cliniques au lit du malade, faits par le professeur à l'hôpital Saint-Louis le mercredi à la même heure. — Le cours comprendra l'étude de la lèpre, des affections des voies respiratoires, du foie, des divers états morbides, du puerpérisme infectieux, enfin des glycosuries. Dans cette première leçon, M. Quinquaud a retracé l'importance des études bactériologiques et surtout des études chimiques au sujet des produits d'auto-intoxication et des substances toxiques fabriquées par les microbes. — On ne peut que féliciter les professeurs, qui tendent en grand nombre, actuellement, à rompre avec les anciennes traditions, à associer les cours théoriques faits à l'Ecole aux cours cliniques et pratiques faits à l'hôpital.

Conférences d'anatomie pathologique. — M. M. Letulle.

M. M. Letulle a repris cet hiver, au grand amphithéâtre de l'Ecole Pratique, les conférences qu'il avait déjà faites l'été dernier. A cette première soirée de mardi, l'orateur n'avait guère à esquisser que des généralités faites pour mettre les élèves au courant du véritable cours, très travaillé, qu'ils pourront suivre, et à leur indiquer, dans une vue d'ensemble, la place des différents sujets, que, plus heureux que leurs devanciers, ils pourront étudier pratiquement. Un cours sur trois, celui du jeudi, sera consacré à l'examen des préparations, des cultures et des pièces histologiques qui feront l'objet des leçons ; et, le reste du temps, M. Letulle, suivant en cela la méthode de M. Cornil, fera comme il l'a déjà fait, une véritable leçon de choses. C'est surtout dans ce journal qu'on a soutenu l'urgence des modifications nécessaires au système de cours didactique cher à l'Ecole; aussi, nous ne pouvons qu'applaudir à l'initiative prise par le sympathique agrégé, que la Faculté a fait attendre trop longtemps, car il fallait une série d'hommes comme lui pour rénover notre enseignement.

Nous pouvons indiquer les grandes lignes de la leçon didactique par laquelle M. Letulle a ouvert ses conférences ; il semble que, par une sorte de gageure, après s'être excusé de faire une leçon doctrinale et nous avoir promis des cours entièrement nourris de faits, il ait une certaine coquetterie à prouver que le grand exposé philosophique d'une question ne l'effrayait point. Le cours traite d'abord des inflammations et des dégénérescences. Il devait donc s'ouvrir par un exposé de cette question si complexe de l'inflammation. Virchow en avait placé le siège dans l'irritation des cellules fixes du tissu conjonctif qui entrent en prolifération. Ce n'était donc, dans son idée, que l'extension d'un processus physiologique, et voilà pourquoi sa pathologie cellulaire, qui dérive de cette idée, se rapproche des conceptions simples et géniales de Bichat. L'Ecole de Virchow vécut sur cette idée, qu'elle développa jusqu'au moment où Cohnheim, en 1866, formula la théorie de la diapédèse, d'après laquelle le substratum anatomique et surtout physiologique de l'inflammation, c'était la diapédèse. Malgré la lutte acharnée des partisans de Virchow, l'hypothèse de Cohnheim, qui reposait sur une expérience saisissante et facile à reproduire par tous, fit des progrès énormes, surtout avec les amendements que les élèves de Cohnheim et ce dernier, dans sa pathologie générale, y apportèrent pour la correction avec certains faits indéniables de la théorie de Virchow, c'est-à-dire la prolifération des cellules fixes du tissu conjonctif que démontraient surabondamment les recherches sur la tension cellulaire et les phénomènes karyokinétiques, entreprises avec les couleurs d'aniline et les nouvelles méthodes histologiques.

Un compromis semblait donc s'être établi entre la conception de Virchow et l'idée révolutionnaire de Cohnheim, chacun reconnaissant le bien fondé de certaines parties des observations de l'adversaire, et la théorie de l'inflammation suffisante aux cliniciens vivait, tenant le milieu entre ces deux termes opposés, quand l'invasion des doctrines microbiennes éclata et que se fonda la période Pastorienne de la médecine.

© ANM

Alors les termes de problème furent entièrement déplacés. Au lieu de se demander si les cellules réagissaient à l'excitant, piqûre, brûlure, etc., par prolifération ou par diapédèse, on extériorisa la question, on s'occupa de l'agent vulnérant et l'on se demanda surtout comment les cellules réagissaient à tel ou tel excitant, les agents pathogènes étant maintenant devenus connus, cultivés et maniables.

Ainsi, l'excitant traumatique, le bistouri, détermine, par exemple, dans une amputation, l'irritation nécessaire à la réédification des tissus. L'excitant infectieux détermine des effets variés sur les cellules, et par conséquent sur l'ensemble des tissus dont la cellule est la base, suivant sa propre nature. Tel microbe, par exemple le Streptococcus pyogenes, formera du pus. Ce n'est pas tout, arrivés à ce point, nous voyons la question s'élargir, devenir singulièrement complexe. Est-ce le microbe qui détermine, qui déchaine par traumatisme, mécaniquement, l'irritabilité cellulaire, la prolifération anormale, excentrique, aboutissant à des formations cellulaires excessives, vouées à la nécrose? Sont-ce les actes chimiques de la vie de ce microbe? Ainsi, Roux et Yersin ont montré que le poison sécrété par le microbe de Lœffler produisait chez l'animal la série des épisodes pathologiques caractérisant la diphtérie, moins l'angine, qui n'est que le résultat de la multiplication locale du microbe empoisonneur? Ce sont autant de problèmes à trancher, d'après l'étude des pièces, et qui montrent combien cette vieille question de l'inflammation qui s'est trouvée successivement adoptée à toutes les études médicales peut être remaniée maintenant. On doit la reprendre, car cette idée philosophique des anciens correspond au fond à une entité et peut servir de guide dans une étude doctrinale pour grouper dans leur ordre, à leur rapport exact, tous les faits nouveaux dont la pathologie microbienne est si riche et les relier à la tradition des anciens.

M. Letulle parle d'une façon très claire; il a visiblement l'amour de bien faire, et, comme il est pénétré de l'inanité des leçons purement doctrinales, il n'abandonne pas le ton familier, démonstratif, d'une causerie de laboratoire, qui justifie pleinement, pour une fois, ce titre de conférence imposé aux agrégés. Regrettons seulement que, comme tous ceux qui professent dans cet amphithéâtre à pic, il soit contraint de prendre une position forcée et de se renverser la tête en arrière pour pouvoir regarder en face son public, pendant que les élèves de son laboratoire, qui ont tenu à honneur de l'escorter, étaient tapis au fond de la petite fosse obscure qui sépare la salle professorale du public.

Conférences d'accouchements. — M. Maygrier.

M. Maygrier a ouvert ses conférences le mardi 11 novembre, à 5 heures de l'après-midi, dans le grand amphithéâtre de l'Ecole de médecine, ouvert enfin aux agrégés d'accouchements. Nous avouons, pour notre part, que la leçon professée par notre savant collègue aux Ecoles d'infirmières ne nous a pas paru déshonorer, bien au contraire, le vieil amphithéâtre. Ses murs, remis à neuf, ont pu entendre des leçons plus apprêtées, plus brillantes, mais nous savons maintenant ce qu'il faut penser de ces belles joutes oratoires; nous voyons trop l'état où nous ont mis ces admirables exercices, et ce que nous demandons à une leçon faite en chaire c'est de nous rappeler autant que possible la vérité absente, le malade qu'on ne peut exposer à tout l'amphithéâtre, et qui, démontré par un maître intelligent, constitue toujours le fond des meilleures leçons. Ce malade, ce sujet, M. Maygrier ne pouvait nous l'offrir, mais il nous l'a fait pressentir, deviner, je dirais entr'apercevoir, pour emprunter aux décadents un de leurs mots favoris, dans son premier cours. Il a d'abord annoncé cette intention d'être surtout pratique, ce qui semble être devenu le mot d'ordre de l'élite de nos agrégés. Négligeant les détails d'anatomie normale que tout élève qui arrive à un cours d'accouchement doit savoir, il nous a fait, au point de vue pratique, avec une précision, un charme, je dirais une élégance extrême de démonstration, la question classique des rapports de l'utérus à l'état de grossesse. Le secret de ce rajeunissement d'une si vieille question, nous devons le chercher dans les applications fructueuses immédiates que sait placer toujours heureusement l'homme pénétré de son sujet et qu'on ne sent pas au cours préparé dans le cabinet. L'utérus se développe dans l'abdomen en refoulant tels viscères; il se loge, par suite, à telle place; où devez-vous chercher le souffle utérin? Non pas en un siège arbitraire, mais à tel point défini par l'anatomie et la physiologie. On ne saurait croire la force que ces vérités simples, mais essentielles, gagnent à passer par la bouche d'un homme du métier qui sait et qui est convaincu. Là est le secret de la rénovation de notre enseignement de Faculté, si on le veut tenter sérieusement. Le cours de M. Maygrier est d'un très bon exemple, et nous le conseillons aux impénitents encore persuadés qu'un concours à large programme suffit à tout, et qu'il n'est pas nécessaire d'avoir appris les choses par soi-même, en dehors des livres, pour les savoir et les bien exposer. Il est vrai que le talent personnel de l'orateur pourrait être invoqué contre lui, comme pesant trop dans la balance et faussant l'expérience. Nous sommes sûr que ce reproche lui sera fait, car il est mérité.

Le programme que doit parcourir M. Maygrier pendant ce semestre comporte toute l'obstétrique, c'est-à-dire l'étude de la grossesse et de l'accouchement, en dehors des complications. Les dernières leçons du cours seront consacrées à l'exposé de la grossesse pathologique. Ces conférences doivent constituer essentiellement un enseignement élémentaire. Elles sont destinées à mettre les élèves à même de profiter ensuite de l'enseignement pratique que leur dispensent les deux cliniques de la Faculté et les services d'accouchements des hôpitaux. Comme l'a fait remarquer justement M. Maygrier, si l'instruction clinique est d'importance prépondérante dans l'étude de l'obstétrique, l'enseignement théorique n'en est pas moins indispensable pour classer les notions avec ordre et enchaînement dans la mémoire, ce que ne peut faire la clinique à cause de la dissemblance des faits qui se succèdent et de l'imprévu de chaque jour.

Bien que ne comptant faire qu'un exposé concis des phénomènes et lois de l'obstétrique, voulant ainsi faire grâce aux débutants des nomenclatures d'opinions et des conflits dogmatiques qu'on rencontre à chaque pas, dans le domaine de cette science, M. Maygrier se propose néanmoins d'attirer plus particulièrement l'attention de ses auditeurs sur quelques points de haut intérêt dont l'étude est, à l'heure actuelle, à l'ordre du jour. C'est, par une heureuse dérogation au programme dit classique de l'enseignement des accouchements, que M. Maygrier a pu débuter par l'examen des modifications physiologiques que subit l'utérus, au cours de la grossesse. Il est ainsi entré de plein pied dans son sujet et a évité à ses auditeurs, pour la première heure, l'étude hérissée de chiffres et nécessairement aride du bassin obstétrical. Nous nous faisons un plaisir de reconnaître d'ailleurs que M. Maygrier eût pu, si l'eût jugé opportun, commencer par le commencement d'après l'antique routine, sans craindre de fatiguer son auditoire. Cela, grâce à la netteté de diction, à la facilité et à la précision de langage qu'il apporte dans son

© ANM

enseignement. Ces qualités ont déjà été appréciées des étudiants dans les cours et les conférences qu'il a professés par le passé. Le nombre des assistants et les applaudissements qui l'ont accueilli nous en ont donné la preuve.

Clinique obstétricale (*Hôpital des Cliniques de la Faculté*). — M. le Pr Tarnier.

M. le Pr Tarnier a consacré sa première leçon, du 11 novembre dernier, a faire l'exposé des améliorations qu'il a déjà apportées et qu'il se propose de poursuivre cette année dans l'enseignement pratique des accouchements, à l'hôpital de la rue d'Assas.

Sans méconnaître l'importance de l'instruction théorique — qui, par parenthèse, trouve sa place à l'hôpital des cliniques, grâce à une heureuse innovation que nous mentionnons plus loin —, M. Tarnier fait ressortir la supériorité de l'éducation pratique au lit des malades et à la salle de travail.

La clinique n'est autre qu'un ensemble de leçons de choses. Quelque laborieux et assidu à ses lectures que soit un étudiant, jamais il ne se trouvera à même d'assister avec sûreté de main une parturiente, s'il n'a, au préalable, vu faire les maîtres et opéré à son tour sous leur égide. Point ne suffit même d'avoir assisté en spectateur aux manipulations obstétricales, si on n'y a pas participé directement, pour se tirer avec honneur d'une opération. L'examen physique des femmes enceintes et l'assistance apportée aux parturientes comporte une éducation de tous les organes des sens, éducation de très minime importance, il est vrai, si on songe au sens du goût, mais de valeur capitale quand il s'agit du toucher. Cette assimilation de la clinique — surtout en ce qui concerne l'obstétrique — est donc, on le voit, des mieux fondées, puisque la science et le savoir-faire arrivent à l'intelligence et à la mémoire de l'accoucheur en passant par le bout de l'index.

A l'hôpital de la rue d'Assas, les élèves trouvent à profusion toutes facilités d'apprendre. A côté de la bonne volonté et de l'observance stricte de l'antisepsie, sauvegarde des femmes, M. Tarnier demande aux étudiants une ample provision de zèle et de persévérance. C'est, d'ordinaire, tâche assez pénible que d'attendre de longues heures pour assister à l'évolution totale d'un accouchement. Ce n'est cependant qu'à cette condition qu'on voit bien, qu'on apprend bien et qu'on retient bien.

Voici, par le détail, les moyens d'instruction que M. Tarnier met à la disposition des élèves :

Tous les matins, à neuf heures, visite à la salle de travail et dans les salles d'accouchées. Tous les jours, à 4 heures, consultation et examen de femmes enceintes venues du dehors, auxquels participent les étudiants inscrits et répartis en séries, sous la direction de M. Tissier, chef de clinique. Lundi, mercredi et vendredi, visite le matin dans les salles de femmes enceintes. Les femmes nouvellement admises sont chaque fois examinées et présentées au professeur par les élèves inscrits, à tour de rôle. Mardi et samedi, leçon clinique à l'amphithéâtre. Jeudi matin, consultations et opérations de gynécologie.

A côté de cet enseignement fait par M. le Pr Tarnier et par son chef de clinique, M. Tissier, deux sortes de conférences sont faites aux étudiants par M. Démelin : Conférences de médecine opératoire, le lundi et le vendredi, de 2 à 4 h., à la clinique. En quatre séances, une série de 8 élèves est exercée sur le mannequin à la pratique de toutes les opérations. Conférences pour une série de vingt élèves, créées sur le modèle des conférences d'externat et d'internat, ayant lieu chaque mercredi, à 2 heures, dans lesquelles les élèves inscrits sont interrogés sur des programmes détaillés, indiqués aux séances précédentes.

Nous croyons rendre service aux étudiants en les engageant vivement à profiter des avantages pour leur instruction que leur offre ainsi à bon compte — puisqu'ils sont gratuits, à l'inverse de ce qui existe à l'étranger — l'hôpital des cliniques de la Faculté. Il serait à souhaiter dans l'intérêt de tous nos praticiens futurs, qu'il y ait désormais sur les listes d'élèves inscrits une plus grande prédominance de noms français que par le passé.

Clinique médicale (*Hôpital Necker*). M. le Pr Peter.

Mercredi à 10 heures, M. le professeur Peter, toujours fidèle à ses traditions, rappelait à ses auditeurs les bienfaits de la vieille médecine et les bons effets qu'on pouvait attendre d'un procédé trop négligé à son gré aujourd'hui, la *Révulsion*.

Voici, par exemple, une malade prise, pendant sa grossesse, d'attaques d'éclampsie : un médecin la chloroformise sans résultat. Elle entre à l'hôpital Necker en pleines convulsions éclamptiques. Dès son entrée, on lui applique des sangsues ; le lendemain, saignée de 500 grammes ; immédiatement après la connaissance revient. La convulsion cessa et ne se reproduisit plus. Ainsi, par cette révulsion, on avait sauvé la malade. Mais il restait encore à faire quelque chose pour elle, car ses urines présentaient une notable quantité d'albumine et il y avait très peu d'urée. Ses reins étaient donc congestionnés. Congestion, hyperhémie, puis hyperplasie et hypertrophie, c'est-à-dire néphrite, voilà quel était l'avenir réservé à cette malade. Six ventouses scarifiées furent appliquées sur les reins ; puis, quelques jours après des séries de pointes de feu et finalement de la teinture d'iode. Quels furent les effets de la révulsion ? L'albuminurie diminua d'abord, puis finit par disparaître. La malade avorta au mois d'août, mais la saignée ne peut être invoquée comme cause de cet accident. Si on n'avait pas traité cette femme par la révulsion au moment de sa néphrite gravidique, elle eût succombé plus tard au développement de l'affection et à la destruction du rein qui s'en fut suivie.

Nous avons encore d'autres faits qui témoignent des services que peut rendre la révulsion. Voici l'exemple d'une femme tuberculeuse qui, vers la fin d'une grossesse, se met à présenter une dyspnée interne due à la compression exercée par les ganglions peri-trachéo-bronchiques hypertrophiés. Il fallait intervenir. On lui appliqua des vésicatoires sur la nuque, puis à la région interscapulaire et sur le sternum. Sous l'influence de cette révulsion les ganglions diminuèrent de volume et la malade peut aujourd'hui respirer et avaler. Elle reste tuberculeuse, il est vrai, mais elle est débarrassée de symptômes menaçants pour son existence.

Le professeur cite ensuite l'exemple d'une sciatique développée sous l'influence du froid et améliorée par les ventouses scarifiées et les pointes de feu ; et un autre cas de sciatique d'origine médullaire, chez lequel la révulsion n'a rien produit, parce qu'elle ne pouvait et ne devait rien produire.

Je pourrais, dit en terminant M. le professeur Peter, vous citer encore de nombreux exemples pour vous prouver qu'il existe en médecine des vérités traditionnelles, éternelles comme la vérité, parce qu'elles sont la vérité, et dont on peut dire avec le philosophe : « Un peu de science en éloigne; beaucoup de science y ramène ».

© ANM

Clinique chirurgicale (*Hôpital de la Pitié*). M. le Pr Le Fort.

M. le professeur Le Fort a recommencé hier, vendredi, son cours de clinique chirurgicale, à la Pitié ; le professeur avait pris pour objet de sa leçon deux faits de coxalgie à forme trochantérienne, actuellement dans son service.

Nous n'avons pas à faire l'éloge de la méthode d'enseignement, toujours si pratique, de M. Le Fort, mais nous devons signaler, cette année, une heureuse innovation. Les élèves de 4e et de 5e années, qui se feront inscrire, seront appelés à prendre part aux exercices cliniques. Ces exercices auront lieu les lundis, mercredis et vendredis, à neuf heures, *à l'amphithéâtre*. Ils consisteront dans la présentation d'une série de malades que les élèves inscrits seront appelés, à tour de rôle, à examiner, sous la direction du professeur.

Ce mode d'enseignement direct, qui est en usage dans toutes les Universités étrangères, sera d'autant plus utile aux élèves qu'ils pourront suivre dans les salles les malades qu'ils auront eux-mêmes examinés. Nous ne pouvons que féliciter sincèrement le professeur et encourager les étudiants à profiter des ressources d'instruction pratique qui sont mises à leur disposition.

Cours d'anatomie. — M. le Pr Farabeuf.

Lundi, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, le savant professeur d'anatomie a fait sa première leçon d'ouverture devant un public aussi nombreux qu'enthousiaste.

On connaît trop les qualités d'enseignement du maître pour que nous ayons besoin de dire combien les élèves se font une fête d'assister à ses leçons où la clarté coudoie à chaque instant l'originalité, et, qui plus est, le profond esprit de l'utile.

Après avoir donné le programme du cours qui portera sur l'anatomie du bassin, contenant et contenu, et sur les membres inférieurs, le professeur a rappelé en quelques mots la façon dont l'enseignement anatomique se fait à la Faculté de Paris. Après avoir démontré combien l'ancien régime, c'est-à-dire le principe de la révision des matières, était de beaucoup préférable à celui que nous subissons, le professeur s'est occupé de la façon dont se recrute le personnel enseignant l'anatomie, et de ce qu'on peut attendre de lui.

C'est montrer du courage et le culte de la vérité que d'affirmer, dans une chaire de la Faculté de Paris, que ce que nous avons est profondément mauvais, et qu'il y a lieu de changer, sous peine de voir tomber l'enseignement de cette science qu'on traite volontiers d'accessoire, peut-être parce qu'elle n'est pas à la portée de n'importe qui.

Ce que propose M. Farabeuf est bien simple et peut se résumer en deux mots : créer à Paris, *comme partout ailleurs*, une carrière anatomique qui fait absolument défaut aujourd'hui. Tant qu'on ne se décidera pas à donner le moyen de vivre aux jeunes gens laborieux qui veulent se destiner à l'étude de cette science où le champ d'exploration est si vaste, on ne pourra avoir que des anatomistes de passage, mais non de ces savants qui passent toute leur vie à découvrir par le scalpel ce que le corps humain a de compliqué et d'inextricable. Les Luschka, les Gruber, les Henle, les Merckel et tant d'autres n'ont existé que parce qu'ils pouvaient gagner des sommes variant entre 80 et 100.000 fr., et qu'ils étaient ainsi payés de leur labeur.

Après avoir montré le défaut de l'organisation, il fallait en chercher le remède ; le voici : remplacer l'enseignement rétribué par l'Etat par l'enseignement payé directement par les élèves, *comme cela se pratique partout ailleurs*. Dire que l'enseignement officiel est démocratique et comme tel excellent, c'est se jouer des mots. Le but unique d'un cours est d'être utile. Or, qui pourra juger de l'utilité et de la qualité d'un cours, sinon l'élève auquel il doit profiter. Laissons-le donc arbitre de son choix, et tout le monde y gagnera ; le professeur, jeune ou vieux, redoublera d'activité, travaillera ses leçons, publiera ses recherches personnelles dans le but de se faire connaître et d'attirer des élèves ; ces derniers n'auront que le choix des cours et prendront celui qui leur conviendra le mieux ; l'Etat enfin, et par l'Etat nous entendons la France, verra éclore des travaux pouvant rivaliser et dépasser même ceux qui nous viennent en si grand nombre d'ailleurs.

En attendant ces réformes si nécessaires, on ne saurait trop admirer ceux qui se dévouent quand même à l'étude de l'anatomie en France, et, moins sceptique que le savant professeur, nous pouvons conserver un certain espoir dans l'avenir quand nous regardons le passé qui nous a laissé tant de savants illustres ayant étudié cette science dans notre pays.

Clinique chirurgicale (*Hôpital Necker*). — M. le Pr Le Dentu.

Mardi matin a eu lieu la leçon d'ouverture de la clinique chirurgicale de l'hôpital Necker. C'était un jour de fête : il s'agissait en effet de l'installation dans la clinique d'un jeune et sympathique professeur. M. le Pr Brouardel, doyen de la Faculté, MM. les Prs Verneuil et Guyon, une foule d'amis et d'élèves s'étaient rendus à Necker pour témoigner au collègue et au maître toute la sympathie qu'il a su leur inspirer.

Le discours du maître a été, comme tous ceux que nous avons eu l'occasion d'entendre de lui, un petit chef-d'œuvre, car le professeur réunit, chose bien rare, il faut le dire, en médecine, avec un savoir profond des connaissances littéraires, une facilité d'élocution à l'aide desquels l'orateur tient sous un charme continu son nombreux auditoire.

Après avoir exprimé tout le bonheur qu'il éprouvait en voyant réaliser aussi rapidement les rêves faits pendant des années d'un labeur sans relâche, le maître a remercié ceux qui lui ont permis d'atteindre ce but, en le nommant à ce poste tant envié de professeur de clinique chirurgicale.

Un long et intéressant discours sur les progrès de la chirurgie à travers les temps, a fait suite à cette introduction. Il nous est impossible d'analyser ce discours d'une façon tant soit peu complète. Aussi en rappellerons-nous quelques traits seulement.

La tradition, nous dit le professeur, est la preuve du progrès accompli et non pas l'empêchement du progrès ou la cause du recul ; et les preuves en sont nombreuses. Ne voit-on pas, en effet, une foule d'opérations actuellement devenues classiques grâce aux progrès de l'antisepsie, avoir vu le jour ou tout simplement avoir été préconisées depuis des siècles. Les progrès actuels de la chirurgie sont dus à quatre facteurs d'une égale importance : l'histologie, la physiologie pathologique expérimentale, le chloroforme et enfin l'antisepsie. A propos de cette dernière, elle ne doit pas être séparée de l'asepsie ; dans l'antisepsie ordinaire, c'est un liquide quelconque qui remplit le but en tuant les microbes ; dans l'asepsie, ce même but est atteint par un agent qui, pour être d'une autre nature, n'est pas moins un antiseptique et des plus efficaces : la chaleur.

© ANM

Nous voulons terminer par ce mot, qui traduit bien l'entrain avec lequel chacun a applaudi les dernières paroles du maître qu'on était heureux de fêter ; et une véritable ovation a mis fin à cette séance d'ouverture.

Cours de Médecine opératoire. — M. le Pr Tillaux.

Lundi soir, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, a eu lieu l'installation dans la chaire de médecine opératoire de son nouveau titulaire.

En présence de M. le Doyen et d'une foule aussi nombreuse qu'enthousiaste, composée d'élèves, d'amis et de nombreux collègues, l'éminent maître, après avoir remercié ses collègues de la Faculté, et l'opinion publique à laquelle il doit surtout cette nomination, un peu tardive, il faut l'avouer, au gré de ses nombreux élèves, a tracé dans un long et intéressant discours l'histoire complète de la chaire qu'il occupe.

Nous ne pouvons, on le comprend, résumer même ce discours, nous nous contenterons de signaler quelques digressions pleines d'enseignement. Amené à parler du concours, le professeur s'est indigné à l'idée d'une suppression possible de cette sauve garde de l'humble, dénué de nom et de fortune, dans la lutte qu'il doit subir contre les *apparentées* déjà si dangereuses.

Les qualités d'enseignement de M. Tillaux sont trop connues et trop consacrées pour que nous y insistions plus longtemps. Une ovation aussi chaleureuse que méritée a marqué la fin de la séance.

Clinique médicale (*Hôpital de la Pitié*). M. le Pr Jaccoud.

Mardi, à 10 heures, M. le professeur Jaccoud recommençait, devant un nombreux auditoire, la série de ses leçons auxquelles l'éloquence bien connue du maître et la nouveauté toujours renaissante des aperçus donnent un intérêt et un relief incomparables. M. le professeur Jaccoud a présenté à ses auditeurs l'histoire d'une malade présentant un cas type de goitre exophtalmique, borné depuis sept ans, aux trois symptômes classiques et présentant en outre une dilatation du système artériel du cou et des artères vertébrales et un très léger tremblement des membres.

La malade ne présente aucun des symptômes qu'on a signalés depuis Graves et Basedow comme signes associés et qui ont un peu obscurci la description de la maladie aussi bien que l'idée qu'on se faisait de sa nature. Ces troubles, d'ordre varié, peuvent intéresser : 1° le système nerveux (tremblements, mouvements choréiformes, troubles mentaux, mélancolie, agitation maniaque) ; 2° le système digestif (vomissements, diarrhée, ictère); 3° les organes génito-urinaires (albuminurie, glycosurie, aménorrhée, impuissance). La fièvre peut être observée.

Ces symptômes, qu'on nomme *accessoires*, sont les plus graves, les plus importants, quand ils existent au point de vue du pronostic. Leur découverte a fait modifier la théorie primitive qui faisait du goitre exophtalmique une maladie du grand sympathique et du centre cilio-spinal. Aujourd'hui on en fait une maladie de la moelle allongée. Filehne a le premier soutenu cette thèse en 1879. Mais en opérant, comme il le faisait, sur la région des corps restiformes, on intéresse aussi le grand sympathique. La théorie de la moelle allongée a été plus récemment soutenue par Panas, Du Cazal, Durdufi et G. Ballet. En tous cas cette théorie ne peut s'appliquer qu'aux cas où les symptômes accessoires sont présents. Pour les autres, celle du grand sympathique paraît encore la plus vraisemblable. Si l'anatomie montre dans certains cas des lésions de la moelle allongée, il ne faut pas oublier que l'ablation de la grande thyroïde a amené des guérisons, et comment les expliquer autrement que par la cessation de la compression exercée par la tumeur sur le grand sympathique? Enfin, le traitement est encore en faveur de la théorie du grand sympathique, car c'est jusqu'ici l'électrisation de ce nerf au cou associée ou non à l'électrisation précordiale est encore celui qui a donné les meilleurs résultats.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 27 octobre 1890. — Présidence de M. Hermite.

M. Lavaux donne lecture d'une note sur *les modifications physiologiques que subissent les bruits du cœur du fœtus pendant l'accouchement.*

MM. Quénu et Lejars font une communication sur *les artères et les veines des nerfs*, qu'ils ont pu étudier grâce à un nouveau procédé d'injection. Le récurrent reçoit tous ses rameaux artériels de la thyroïdienne inférieure. Cette artère fournit seule au pneumogastrique et au sympathique dans leur moitié inférieure. Plus haut les vaisseaux nerveux de ces trois nerfs émanent de la thyroïdienne supérieure. Il en résulte que dans leur portion cervicale le récurrent, le pneumogastrique et le sympathique sont exclusivement irrigués par les artères thyroïdiennes. Cette disposition vasculaire explique les aphonies passagères, les troubles respiratoires et vaso-moteurs passagers, notés à la suite de thyroïdectomies, de ligatures de la carotide ou des thyroïdiennes. Les branches artérielles abordent le cordon nerveux obliquement ou après un trajet récurrent. Elles se bifurquent et rampent à la surface des nerfs en longues arcades anastomotiques, avant de plonger dans son épaisseur. Les veines des nerfs sont plus richement développées que les artères. Elles couvrent d'un très beau plexus les ganglions du sympathique et du pneumogastrique. Elles se rendent dans le réseau des vasa vasorum des carotides primitive et interne, dans les veines thyroïdiennes et spécialement dans un lacis de veines musculaires qui revêtent la paroi latérale du pharynx. En résumé, les veines de ces troncs nerveux aboutissent à des veines musculaires. C'est une disposition générale que l'on retrouve également dans les membres. La veine du muscle paraît jouer là le rôle d'un « appareil de chasse » pour le sang veineux du nerf.

Séance du 3 novembre 1890. — Présidence de M. Ducharte.

M. Verneuil fait une communication sur les *rapports de la septicémie gangréneuse et du tétanos pour servir à l'étude des associations microbiennes virulentes.* — Les conclusions qu'il tire de 3 faits cliniques sont les suivantes : La coïncidence chez l'homme de certaines formes de gangrène et du tétanos n'est pas due au hasard. Elle résulte de l'introduction simultanée dans les plaies des deux microbes bien connus de Pasteur et de Nicolaïer, fréquemment réunis dans la terre cultivée ou fumée. Les deux maladies contemporaines à l'origine évoluent toutefois dans la suite d'une manière distincte, conformément à l'action propre de leur virus et sans paraître manifestement s'influencer. Le développement de la septicémie gangréneuse dans une plaie souillée par la terre doit faire craindre sans doute l'apparition ultérieure du tétanos, mais l'indépendance réelle des deux infections est prouvée par ce fait que la suppression radicale de la première n'empêche pas la seconde de se développer. Tout semble donc démontrer qu'il y a là association morbide pure et simple due à la réunion fortuite de deux virus. M.

© ANM

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séances du 1er et 8 novembre 1890. — PRÉSIDENCE DE M. CHAUVEAU.

M. FÉRÉ présente un *instrument* construit par M. VERDIN et qui permet d'accorder rapidement les aiguilles inscriptrices du tambour de M. Marey, ce qui fait gagner du temps, surtout pour les expériences faites sur l'homme.

M. TÉLOHAN communique à la Société le résultat de ses recherches *sur la sporulation chez les Myxosporidiés*. La formation de spores chez ces animaux a déjà été étudiée par M. Balbiani ; mais sur les Coccidiés des poissons, M. Télohan a pu suivre tous les stades de la formation de spores chez ces organismes.

M. BEAUREGARD lit une réponse à un travail de M. BRAVERS, critique d'un mémoire de M. Beauregard sur le *développement des insectes vésicants*.

M. HÉNOCQUE a cherché à déterminer, sur les conseils de Brown-Séquard, l'époque à laquelle s'établit *la fonction génésique sur le cobaye*. En prenant trente mâles à la naissance, et en en sacrifiant un de semaine en semaine, on a pu obtenir une échelle précise du développement. Les coupes histologiques, les mensurations et les pesées des organes, l'analyse du sang, ont été naturellement employées à cette détermination. Le résultat général de ces recherches, c'est qu'un cobaye de 400 à 500 gr., ayant les caractères extérieurs suivants : saillie du testicule sous la peau, gland absolument découvrable, muni de papilles cornées et denticulées, corolliforme dans l'érection, doit être considéré comme apte à la reproduction.

M. M. DUVAL. — *Sur le placenta des Rongeurs*. — On a depuis longtemps divisé le placenta en deux portions, l'une maternelle, l'autre fœtale, sans donner de raisons exactes de cette division, qui est d'ailleurs justifiée par l'étude des faits. L'ectoplacenta appartient tout entier au fœtus, à part le sang qu'il contient. Les végétations de l'ectoplacenta pénètrent dans le placenta en certains points définis, où elles forment une couche qui n'est qu'une vaste plasmodie ; c'est ce que M. Duval propose de nommer couche plasmodiale endovasculaire ; cette couche appartient entièrement à l'ectoplacenta et non au placenta maternel, comme l'a vu M. Laulanié.

M. RETTERER. — *Sur le développenent de la portion abdominale de la verge des mammifères*. Les phénomènes qui déterminent la fixation du pénis à l'abdomen et son rapprochement de l'ombilic sont d'abord l'épaississement de la paroi abdominale le long de la ligne blanche, ensuite le soulèvement de la portion pendante de la verge et enfin la fonction des parties latérales de l'épaississement en arrière de la base du bout libre ou pendant.

M. HÉNOCQUE présente du *liquide céphalo-rachidien* recueilli par M. Bazy sur un enfant par la trépanation. Ce liquide est absolument clair et non jaunâtre, comme les auteurs l'indiquent. L'observation sera publiée ultérieurement.

M. POUCHET fait remarquer que Robin a établi, il y a longtemps déjà, que le liquide céphalo-rachidien n'avait rien de commun avec la lymphe.

M. CHAUVEAU dépose une note de MM. COURMONT et DOR, sur les *localisations articulaires du bacille de Koch*, chez les animaux. Quand on emploie des vieilles cultures atténuées, elles ne donnent pas de tuberculose cutanée ; mais elles prennent sur les séreuses. Par les injections intra-veineuses réitérées, on observe au bout de cinq à six mois des lésions purement articulaires, sans rien aux viscères.

M. NETTER a remarqué, au point de vue clinique, des faits concordants ; les localisations articulaires sont en général tardives.

M. GILBERT rappelle qu'un microbe spécial étudié par lui et par M. Lévis dans l'endocardite aiguë lui a donné des arthrites pures.

M. Albert MATHIEU a recherché la quantité de liquide que renfermait l'estomac chez l'homme et *le moyen de doser la quantité absolue d'acide chlorhydrique qu'il contient*. En injectant au malade une quantité connue d'eau distillée. L'opération est recommencée et réitérée jusqu'à ce que l'eau ingurgitée par le malade ne soit plus acide. On peut ainsi obtenir, au moyen d'un calcul très simple, la quantité absolue d'acide que renferme l'estomac, à un moment donné.

MM. LENOIR et CHARRIN présentent les pièces d'*un cas de maladie bleue*. Le malade, un jeune homme, mourut dans un accès de dyspnée. A l'autopsie, perforation de la cloison interauriculaire ; absence de l'artère pulmonaire et dilatation considérable des artères bronchiques.

M. LUYS. — *Sur le transfert à distance, à l'aide d'une couronne de fer aimanté*, d'états névropathiques variés, d'un sujet à l'état de veille sur un sujet à l'état hypnotique. Le titre de cette communication la résume assez complètement. Un sujet malade reçoit la couronne aimantée ; on la transporte ensuite sur un sujet sain, placé dans une autre pièce. Ce dernier présente alors la même série de phénomènes que le précédent. La force nerveuse contenue dans la couronne aimantée ne s'éteint pas immédiatement une fois qu'elle s'est déchargée sur le sujet sain, mais elle peut encore en rendre malade un second, plus faiblement que le premier, il est vrai. Les hémiplégies, contractures, etc., sont susceptibles d'être ainsi transmises. Il est bon d'ajouter qu'on les détruit au réveil par une suggestion impérative.

M. PILLIET a étudié la distribution *du tissu adénoïde dans le tube digestif des poissons cartilagineux*. Outre deux ganglions péri-œsophagiens signalés par M. Sappey, ces animaux présentent des follicules clos et des infiltrations de la muqueuse intestinale par des nappes étendues de tissu adénoïde.

A. PILLIET.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 4 novembre 1890. — PRÉSIDENCE DE M. MOUTARD-MARTIN.

M. TERRIER présente un malade auquel il a fait une *laparotomie exploratrice et une fistule biliaire*. — Le malade entra à l'hôpital avec le diagnostic de kyste du foie. Deux ponctions exploratrices ne confirmèrent pas ce diagnostic et furent suivies chaque fois d'une poussée d'ictère. M. Terrier pratiqua la laparotomie exploratrice : le foie était gros et congestionné, la vésicule distendue mais ne renfermant pas de calculs. Une fistule biliaire fut établie aussi petite que possible, et la muqueuse fut réunie à la peau de la paroi abdominale. Cinq jours après, les selles étaient colorées et la douleur avait disparu. Le malade, complètement guéri aujourd'hui, ne perd plus que très peu de bile par sa fistule. C'est la première fois qu'une laparotomie exploratrice est faite en pareille circonstance. Elle a permis de s'assurer de l'état du foie et des voies biliaires par la vue et le toucher. Cette exploration du foie par une incision sur la ligne médiane est donc facile et sans aucun danger avec l'antisepsie ou mieux l'*asepsie*. Dans ce cas, l'exploration a donné des résultats négatifs ; mais la congestion du foie indiquant l'arrêt d'écoulement de la bile dans l'intestin, le plus urgent était de lui donner libre cours, ce qui a été obtenu par la petite fistule biliaire. Tout est rapidement rentré dans l'ordre à partir de ce moment. Il est supposable que le facile écoulement de la bile a fait cesser l'inflammation ou les spasmes des canaux excréteurs de la bile, et que celle-ci a pu passer dans l'intestin. Donc, en présence d'accidents de congestion hépatique avec arrêt de l'excrétion de la bile dans l'intestin, arrêt déterminant de l'ictère et des accidents graves, on est autorisé non seulement à faire la laparotomie exploratrice, mais une fistule biliaire. Tant que les dimensions sont exagérées, comme dans le cas actuel, il n'y a pas lieu de se hâter de fermer la fistule.

M. PAMARD (d'Avignon) fait une communication *sur les causes de la dépopulation de la France*, en réponse à M. Rochard qui avait dit précédemment que si on ne pouvait pas augmenter le chiffre des naissances, on devait, par tous les moyens possibles, diminuer celui des décès.

© ANM

L'orateur a observé en Vaucluse, en 1889, un excédent des décès sur les naissances de 1,159 sur 241,787 habitants, et sur ce chiffre les enfants, de 0 à 2 ans, représentaient 21,86 0/0 de la mortalité totale. Sur 100 enfants, 32 n'arrivent pas à l'âge de 5 ans. Mais il ne pense pas que ce soit dans la loi Roussel qu'il faille chercher un remède. Le budget de la protection de la première enfance est surtout employé aux frais d'administration et de statistique. Ce qu'il faudrait, c'est modifier, simplifier la loi Roussel, comme il l'a indiqué, l'an dernier, au Congrès international d'Hygiène, et faire des médecins et non des administrateurs les rouages essentiels de cette organisation.

Séance du 11 novembre 1890.

M. Brouardel fait une communication sur *les causes de dépopulation de la France*, montrant que chaque année il meurt plus de 30,000 Français par suite de *maladies évitables*, et en particulier par variole et fièvre typhoïde. 14,000 personnes meurent de variole en France, alors qu'en Allemagne, où la vaccination est obligatoire, il n'en meurt que 110 par an. Pour la fièvre typhoïde, 23,000 personnes succombent actuellement, surtout de quinze à vingt-cinq ans. Pour supprimer la mortalité par la variole, il n'y a qu'un moyen, c'est de rendre, comme en Allemagne, la vaccination obligatoire. Pour la fièvre typhoïde, le principal facteur de sa propagation est, dans 99 % des cas, l'eau. Passant en revue les principales épidémies de Pierrefonds, Lorient, Clermont-Ferrand, Angoulême, Amiens, Rennes, l'orateur montre que si les conditions hygiéniques, l'état du sous-sol, etc., favorisent le développement de la fièvre typhoïde, la seule vraie cause, c'est l'eau. Or, il est moins onéreux de capter de l'eau saine que d'assainir le sous-sol, et plus facile de placer l'eau d'une ville à l'abri des déjections que d'empêcher l'air de les lécher. Aussi prie-t-il l'Académie de joindre les conclusions suivantes à celles qui ont déjà été proposées. La loi sanitaire en préparation doit rendre la vaccination et la revaccination obligatoires ; elle doit armer l'autorité de pouvoirs suffisants pour que les municipalités, à leur défaut le préfet ou le gouvernement, puissent assurer la salubrité publique des agglomérations contre les dangers qui résultent de l'usage d'une eau polluée. Il y a un intérêt national à prendre d'énergiques mesures d'assainissement, car, en temps de paix, un soldat sur 335 meurt de la fièvre typhoïde, et, en temps de guerre, la propagation est beaucoup plus considérable, ainsi qu'on a pu le voir pendant l'expédition de Tunisie. De plus, grâce aux déplacements dans les villes d'eau et les plages, les habitants des villes portent avec eux les germes de la fièvre typhoïde, d'autres les y prennent et les rapportent dans les localités non infectées encore. A ce point de vue, la France forme un tout réuni par la plus étroite solidarité. Sachant les foyers principaux de fièvre typhoïde et les moyens de la combattre, l'orateur compte sur le concours de l'Académie pour aider à cette tâche d'assainissement qui s'impose de plus en plus.

M. Vallin fait remarquer la supériorité de l'eau de source sur l'eau filtrée, qui fait diminuer beaucoup moins les cas de fièvre typhoïde, et qui a, en outre, le désavantage d'être bien moins agréable à boire pendant les chaleurs, à cause de sa température toujours supérieure à celle de l'eau de source.

M. Brouardel est de l'avis de M. Vallin en ce qui concerne les filtres, mais il y a des villes où il est impossible d'amener de l'eau de source et où il faut bien se contenter d'eau filtrée. Depuis 1884 que l'Académie s'est occupée du rôle de l'eau dans l'étiologie de certaines maladies, 500 villes environ ont soumis des demandes d'amenée d'eau au Comité consultatif d'Hygiène, ce qui indique un mouvement d'opinion qu'il s'agit aujourd'hui d'accentuer encore.

M. Larrey prie l'Académie d'inviter, dans ses conclusions, l'administration à exercer une surveillance plus active sur la distribution de l'eau à Paris, pour éviter les fréquentes interruptions dans l'usage de l'eau de source qu'on fait chaque année.

M. Abadie fait une communication sur le *traitement de l'ophtalmie sympathique*. L'ophtalmie sympathique vraie est regardée aujourd'hui, depuis les travaux de Leben et de Deutschmann, comme une affection microbienne d'origine infectieuse, les microbes émanant du foyer infecté d'un œil, à la suite d'un traumatisme par exemple, gagnant de proche en proche les parties profondes de l'œil, pénétrant dans le chiasma et finissant par atteindre le nerf optique du côté opposé. Pour la combattre on avait empiriquement proposé l'énucléation de l'œil malade. Si elle est pratiquée de bonne heure, la propagation peut être ainsi enrayée. Mais que faut-il faire lorsqu'un œil étant blessé une ophtalmie sympathique se déclare sur l'autre œil ? En énucléant de bonne heure l'œil malade on enlève ainsi le foyer pathogène principal, et les microbes encore peu nombreux dans le second œil auront de la peine à détruire des tissus sains. La guérison pourra se produire, surtout si elle est favorisée par des frictions mercurielles dont l'action est microbicide. Si l'énucléation est pratiquée très tard, sans l'adjuvant des mercuriaux ou autres microbicides, elle sera insuffisante et le second œil achèvera de se désorganiser. En résumé, l'énucléation doit être réservée pour les cas exceptionnels où les délabrements très étendus ne permettent de conserver aucun espoir. Avant de procéder à l'énucléation, il sera préférable de fouiller avec un fin galvano-cautère toutes les anfractuosités de la plaie, et ensuite de faire des injections intra-oculaires d'une goutte d'une solution de sublimé à 1/100e. Quand, malgré tout, soit que l'intervention ait été trop tardive, soit que l'énucléation ait été insuffisante, on se trouve en présence d'un seul œil restant et profondément atteint par les lésions sympathiques, il faut, avant de faire une opération destinée à rétablir la vision, attendre que le processus morbide, la virulence des microbes soit éteinte — ce qu'on obtient plus facilement en injectant dans l'œil atteint une à deux gouttes d'une solution de sublimé à 1/100e.

P. S.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 31 Octobre 1890. — Présidence de M. Dumontpallier.

M. E. Hirtz. — *Du salol.* — Les recherches de Dreyfous ont montré que le salol a une action indubitable sur l'écoulement blennorrhagique. Malgré l'avis contraire d'Albarran, les travaux de Lacroix et de Williams White établissent, comme mes observations, les bons effets du salol dans la blennorrhagie. Associé au copahu ou au santal, il a tari l'écoulement en 8 à 12 jours chez 20 de mes malades. J'ai rarement poussé la dose au delà de 4 grammes par jour, dans 6 cas seulement jusqu'à 6 grammes. La coloration noire phéniquée des urines ne s'observe pas si on donne le salol à doses fractionnées. Il peut être utilisé comme antiseptique intestinal. Dans 35 cas de fièvre continu, associé au salicylate de bismuth, il a toujours été bien accepté et bien supporté. Chez les dyspeptiques atteints de dilatation de l'estomac, il a donné de bons résultats contre les éructations gazeuses, le pyrosis, le météorisme et la diarrhée fétide résultant de la formation de produits septiques dans l'intestin. Le salol est bien supporté par l'estomac même à la dose de 4 à 6 grammes par jour. Son action antiseptique n'est pas contre-balancée par son action antipeptique. Il n'a point eu sur les organes urinaires l'action irritante signalée par Herselmann. Un fait intéressant à signaler, c'est que les urines des sujets qui ont ingéré des produits salolés peuvent présenter des réactions qui pourraient faire croire à la glycosurie.

M. Hayem a essayé sans résultats le salol dans les affections intestinales. Dans la diarrhée, lorsque la diète ne suffit pas à l'arrêter, l'acide lactique est bien supérieur au salol.

M. Gouguenheim se loue de l'action du salol pour réaliser l'antisepsie intestinale dans les cas de suppurations de la gorge.

M. Rendu a substitué le salol au naphtol dans le traitement

© ANM

des dypepsies avec de bons résultats. Il a semblé agir aussi dans quelques cas de rhumatisme blennorrhagique et de rhumatisme chronique. Mais les observations sont encore trop peu nombreuses pour conclure.

M. JUHEL-RENOY s'est bien trouvé, dans quelques cas de gangrène du pharynx et du voile du palais, de l'emploi topique du salol.

Il donne lecture d'une nouvelle communication sur le *traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids*. La statistique se rapproche à quelques centièmes près de celle de MM. Bouveret et Tripier. Il est persuadé qu'à Paris on aurait les mêmes succès qu'à Lyon si on voulait se conformer aux règles établies et que dans l'armée on dépasserait les succès des Allemands si les médecins militaires consentaient à employer la méthode de Brand pour les malades qu'ils soignent. Dans les hôpitaux civils où cette méthode a été pratiquée, la mortalité s'est abaissée en 3 ans de 5 0/0. Les avantages peuvent se résumer en deux termes : efficacité, économie.

M. LAVERAN fait observer que la méthode de Brand est en honneur dans la médecine militaire. Mais elle n'est pas et ne peut être pratiquée partout soit en raison d'idées doctrinales, soit en raison de difficultés matérielles.

M. DUPONCHEL fait remarquer que les soldats ne sont pas toujours dans d'aussi bonnes conditions qu'on semble le dire pour guérir de la fièvre typhoïde. Souvent elle survient chez des sujets surmenés par les manœuvres ou le séjour aux colonies. Le chiffre de la mortalité, même avec la méthode de Brand, restera probablement plus élevé que dans l'armée allemande.

M. RENDU dit que l'impression qu'il a retirée de l'emploi de la méthode de Brand est plutôt favorable. Il insiste sur ce fait que les malades n'ont plus alors l'air de typhiques.

Séance du 7 novembre. — PRÉSIDENCE DE M. DUMONTPALLIER.

M. DIEULAFOY présente un malade atteint d'un *tic spasmodique du voile du palais, de la luette et des piliers*. — Gendarme, sans antécédents héréditaires, sans stigmates hystériques, le malade est atteint depuis deux ans de cette affection qui ne provoque d'ailleurs d'autres accidents qu'une gêne légère de la phonation. Depuis l'époque du début de sa maladie, cet homme est porteur d'un tænia dont il a à plusieurs reprises et récemment encore rendu des fragments de 5 ou 6 mètres. L'orateur se demande s'il n'y aurait pas lieu d'établir une relation entre la présence de ce tic, le premier qu'il observe dans cette région, et celle de l'helminthe.

M. MERKLEN a eu récemment l'occasion d'observer deux cas d'affection décrite par Sénator sous le nom de *phlegmon aigu infectieux du pharynx*. C'est une maladie aiguë fébrile caractérisée au début par un mal de gorge bientôt suivi de dysphagie, d'enrouement, de dyspnée, puis de troubles cérébraux qui se terminent rapidement par la mort. L'autopsie révèle une infiltration purulente dans les couches profondes de la muqueuse pharyngée avec propagation au larynx. La seule cause connue est le refroidissement. L'examen de la gorge ne donne pas l'explication de la dysphagie, mais l'introduction du doigt permet quelquefois de sentir l'épaississement de l'épiglotte et l'œdème des replis arythmo-épiglottiques. La température est élevée, le pouls fréquent, les urines albumineuses, la rate augmentée de volume. La trachéotomie devient souvent urgente, mais elle ne remédie qu'à la dyspnée et pas à la dysphagie ni aux signes généraux graves. Parfois une expectoration purulente annonce l'ouverture de l'abcès, mais cela n'amène aucune amélioration. Dans tous les cas rapportés jusqu'aujourd'hui, sauf un seul, les malades ont succombé. La mort survient vers le cinquième jour, rarement par asphyxie lente, le plus souvent par syncope. Israël a trouvé des streptocoques dans le pus du pharynx et dans la rate. Du côté des poumons on observe communément de la bronchite, de la congestion, de l'œdème, parfois de l'hépatisation pneumonique. Deux maladies peuvent simuler cette affection : le *croup d'emblée* et *l'érysipèle primitif du larynx*. Pour le premier, le diagnostic n'est possible qu'à partir de l'expulsion des fausses membranes. Pour le second, la différence réside dans la variabilité extrême de la dysphagie et de la dyspnée. Le traitement est jusqu'à présent resté inefficace.

M. RENDU a vu un cas de ce genre au commencement de ses études médicales dans le service de M. Boulay ; ce cas fut diagnostiqué œdème aigu de la glotte. Le malade mourut subitement une heure après la trachéotomie. A l'autopsie on trouva du pus concret sur les côtés du pharynx et du larynx ; le pneumogastrique baignait dans ce pus, point important, car cela peut expliquer la syncope finale et brusque qui a emporté tant de malades.

M. GOUGUENHEIM fait remarquer que, dans un mémoire de Jourand, publié récemment sur la même question, le malade a eu une vomique et a survécu ; le pus examiné renfermait le pneumocoque capsulé de Friedlander. La terminaison n'est donc pas forcément fatale.

M. JUHEL-RENOY a vu aussi un homme de 58 ans succomber rapidement à une affection diagnostiquée amygdalite phlegmoneuse. La dysphagie était chez lui l'élément dominant. A minuit on lui fait une piqûre de 1/2 centigramme de morphine, à 2 heures du matin il mourait brusquement. Mais il ne donnait pas l'impression d'un malade atteint de maladie infectieuse.

M. NETTER. — Dans deux autopsies d'angines infectieuses faites par Fraenkel le pus contenait des streptocoques. Dans un un cas de M. Hanot, il existait en outre une pleurésie purulente à streptocoques.

M. MERKLEN.— Les cas de Fraenkel sont différents au point de vue clinique de ceux que j'ai décrits. Je crois, contrairement à l'opinion de M. Rendu, que la mort est due à l'infection plutôt qu'à la compression du pneumogastrique.

M. SIREDEY présente des pièces anatomiques provenant d'une femme de son service morte d'un *cancer latent de l'estomac*. A la palpation pendant la vie on sentait la tumeur localisée au pylore et à la grande courbure. Ce n'est que trois semaines avant la mort qu'ont commencé les troubles.

M. HAYEM. — Il y a des cancers qui n'altèrent pas le chimisme stomacal. Dans ces conditions la cachexie tarde à se produire. Il peut arriver aussi qu'elle soit retardée par la digestion intestinale suppléant pendant un certain temps la digestion gastrique.

L.-R. REGNIER.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 5 novembre 1890. — PRÉSIDENCE DE M. NICAISE.

Traitement des fibromes utérins.

M. RICHELOT étudie, dans une longue communication, la thérapeutique des fibromes de l'utérus et spécialement l'hystérectomie abdominale. L'électricité n'est qu'un palliatif, qui peut rendre certains services, mais n'amène pas la guérison. La castration est aussi un moyen palliatif, qui n'est pas dangereux ; cependant elle échoue parfois. C'est là une très bonne opération, mais il ne faut pas la choisir par peur de l'hystérectomie, car le pronostic de cette dernière va s'améliorant de jour en jour. En tous cas, l'hystérectomie est la seule ressource quand la castration est impossible, quand elle a échouée, ou quand le fibrome est très volumineux. L'hystérectomie est aujourd'hui à peine plus grave qu'une ovariotomie. M. Richelot a recours depuis quelque temps au traitement intrapéritonéal du pédicule. Il emploie la méthode de Kleeberg, c'est-à-dire la ligature élastique avec un cordon plein en caoutchouc ou un tube ; il insiste sur la nécessité de ne pas prendre une parcelle de vessie dans la ligature, de réduire le pédicule quand il est trop gros en l'évidant, et de détruire au thermocautère la muqueuse utérine qui fait hernie sur le moignon. Il importe de replacer avec soin les intestins, de façon à ce qu'une anse ne soit pas comprimée par celui-ci et de le protéger avec de l'épiploon. Généralement la ligature s'enkyste ; parfois elle s'élimine par le col. M. Richelot a opéré ainsi 13 fois ; il a eu 3 décès (occlusion intestinale, cachexie, congestion pulmonaire), dus à des causes d'ordre général et non à l'hystérectomie elle-même.

M. BOUILLY croit que le traitement interne du pédicule n'est pas applicable à tous les fibromes qui nécessitent l'hystérectomie ; mais il reconnaît, comme M. Richelot, que le pronostic de l'hystérectomie abdominale, en général, s'est amélioré. M. Bouilly a fait récemment 8 fois l'hystérectomie avec pédicule

© ANM

externe et tout a bien marché. Il pense que le pédicule extrapéritonéal n'a pas autant d'inconvénients qu'on veut bien le dire. En tous cas, c'est une méthode plus sûre que celle préconisée par M. Richelot.

M. Terrillon a opéré déjà 29 malades par la méthode intrapéritonéale ; il a eu 3 décès par accidents spéciaux. Il insiste sur la nécessité de faire un moignon aussi petit et aussi court que possible, sur le rôle capital que joue la désinfection de la cavité utérine. Il faut abraser la muqueuse jusqu'au caoutchouc, cautériser au thermocautère, et toucher les parties à la solution de sublimé à 3 0/00. Le moignon doit être très bien disposé pour éviter la possibilité d'une compression d'anse intestinale. On peut décoller la vessie pour placer avec plus de sûreté le fil élastique. M. Terrillon avoue que la méthode extrapéritonéale est aussi une très bonne méthode, à condition toutefois que le pédicule reste constamment aseptique, ce qui est assez facile à obtenir à l'aide du thermocautère et du tannin.

M. Pozzi ne voudrait pas voir comparer le pronostic de l'hystérectomie abdominale et de l'ovariotomie ; il y a encore des nuances. D'ailleurs, il y a fibrome et fibrome. Il faut distinguer surtout des cas ordinaires les fibromes intraligamentaires et à large implantation. Pour les cas difficiles, il préfère la méthode extrapéritonéale. On a oublié de parler jusqu'ici de la méthode qui consiste à enlever l'utérus en totalité, le col y compris (cette méthode a donné 8 morts sur 30 cas) et du traitement mixte du pédicule, dans lequel on fixe ce dernier aussi près que possible dans la paroi abdominale, sans le mettre tout à fait en dehors.

M. Terrier. — Il ne faut pas comparer l'hystérectomie avec l'ovariotomie, parce que, quand la cavité utérine a été ouverte, on n'est plus sûr de son asepsie, malgré les cautérisations et l'emploi des antiseptiques. On se trouve en présence d'une infection possible et il est plus prudent de laisser le pédicule dehors que de le rentrer dans l'abdomen. Il cite deux cas dans lesquels il a fait l'hystérectomie avec pédicule intraabdominal. Il a eu un succès merveilleux et une mort par septicémie foudroyante. La réduction intrapéritonéale lui paraît indiquée quand la cavité utérine n'a pas été ouverte, que la ligature du pédicule soit faite à la soie s'il est mince, au fil de caoutchouc s'il est plus épais. Il reconnaît que le pédicule extrapéritonéal favorise la production des éventrations.

M. Terrillon n'a eu en vue, dans les cas qu'il a cités, que des faits d'hystérectomie sus-vaginale, dans lesquels la cavité utérine avait été toujours ouverte.

M. Fontan (de Toulon) lit une observation de *laparotomie pratiquée pour coup de feu dans l'abdomen*, 66 heures après l'accident. Guérison, malgré l'existence d'une péritonite.

M. Berger présente une malade chez laquelle il a fait une *cheiloplastie* de la lèvre supérieure par la *méthode italienne* (greffe de Tagliacozzi). Le résultat est parfait. La lèvre a été prise sur le bras.

M. Le Dentu présente une portion de paroi abdominale réséquée pour remédier à une *éventration*. Suites simples.

M. Reygnier a fait une opération analogue.

M. Terrier fait remarquer que toutes les opérées de laparotomies n'ont pas d'éventration. Lorsqu'il s'agit de femmes âgées, en dégénérescence graisseuse, il faut surveiller la plaie au point de vue de l'éventration qui dépend du sujet et non du chirurgien. Il est bien certain que la suture à étages empêche de se produire ces éventrations dans une très notable mesure.

M. Picqué présente des pièces provenant d'une *néphrectomie transpéritonéale*. Le rein enlevé était atteint d'une hydronéphrose considérable.

Séance du 12 novembre 1890.— Présidence de M. Nicaise.

M. le Secrétaire général fait remarquer que le *Prix Demarquay* ne sera pas donné cette année. C'est en effet un prix qui n'est distribué que tous les 2 ans. Il prie les auteurs qui ont envoyé ou enverront des mémoires d'en prendre note.

Suite de la discussion sur le traitement des fibromes utérins.

M. Routier a une confiance très modérée dans l'électricité pour les fibromes, et il a dû récemment opérer des malades ainsi traités qui sont venus réclamer une intervention pour être complètement débarrassées de leurs accidents. Or, il a constaté qu'on avait électrisé pour des fibromes des femmes qui, le ventre ouvert, n'en avaient pas. Aussi se méfiera-t-il, désormais, des diagnostics *si précis* des électriciens (1). Il a constaté aussi qu'on avait diagnostiqué fibromes, alors qu'il s'agissait de fibromes avec kyste dermoïde de l'ovaire, dégénérescence kystique de cet organe, salpingite, etc., ou qu'il s'agissait d'une simple rétroflexion. On n'en électrisait pas moins avec confiance.

M. Routier, au point de vue opératoire, range volontiers les fibromes dans les 3 catégories suivantes : 1° *Fibromes très gros*, gênant par leur poids, leur volume, la compression qu'ils déterminent sur les organes du petit bassin. Dans ces cas, on peut se contenter de la castration, quand elle est possible ; mais, en général, on doit faire l'hystérectomie abdominale. M. Routier n'a employé jusqu'ici que le traitement extrapéritonéal du pédicule. Sur 12 opérés, il y a eu 11 guérisons et une mort, dans un cas très complexe (vessie disséquée), au 4e jour. M. Routier coud, dans ces cas, le pédicule au péritoine de la paroi abdominale et s'efforce de le désinfecter totalement, car on sait maintenant que la *surface de section tout entière* de ce pédicule, et non plus seulement la cavité utérine sectionnée, peut être infectée. 2° *Fibromes à métrorrhagies*. L'indication ici est la castration. Si par hasard, au cours de la laparotomie, on trouve des fibromes flottants, on les résèque ; mais il ne s'agit pas, dans ces cas, d'hystérectomie. Sur 14 opérés de castration, il a obtenu 14 guérisons. C'est donc une opération bénigne. Une seule opérée n'a pas été radicalement guérie, mais ses hémorragies tendent à disparaître de plus en plus. 3° *Fibromes sans symptômes gênants*. Pour ceux-là tous les traitements sont bons, sauf le traitement chirurgical. Ces cas sont très nombreux d'ailleurs. La ménopause passée, ces femmes peuvent ne plus souffrir et même voir leur fibrome diminuer.

M. Prengrueber a opéré deux malades ayant des fibromes enclavés. Il fit la castration et désenclava, au cours de la laparotomie, les fibromes inclus dans le petit bassin. Il y parvint par une manœuvre facile à saisir, mais assez délicate à exécuter.

M. Segond ne croit pas qu'on puisse comparer le pronostic de l'hystérectomie à celui de l'ovariotomie. Il a fait 17 hystérectomies abdominales avec 7 morts et 6 castrations avec 6 succès opératoires, mais seulement 4 succès thérapeutiques. Il divise ses 17 hystérectomies abdominales en 2 groupes : l'un de 12, l'autre de 5. Dans le second groupe, il s'agissait de fibromes enclavés dans le ligament large. Ces 5 malades sont mortes. Dans le second il s'agissait de cas types, mais de tumeurs fibreuses très graves ; il n'a eu que 2 morts sur ces 12 cas. L'une des opérées est morte d'accidents cérébraux, l'autre de péritonite. Jusqu'à présent il a toujours eu recours au traitement extrapéritonéal du pédicule.

M. J. Lucas-Championnière ne trouve pas que l'hystérectomie abdominale soit d'un pronostic aussi favorable que l'ovariotomie. Beaucoup de statistiques sont bonnes parce qu'on y fait rentrer des cas qui n'ont rien à voir avec l'hystérectomie. La mortalité est restée élevée et il y a des morts qu'on ne peut pas encore expliquer, alors que le cas semblait très bon. Lorsque le pédicule est très volumineux, il se passe des phénomènes spéciaux que l'on ne connaît pas bien. C'est le traitement extrapéritonéal du pédicule qui lui plaît le plus. Il est d'avis qu'il faut ménager le plus possible la vie humaine et qu'on doit pourtant faire la castration toutes les fois qu'elle a des chances de donner des résultats.

M. Bouilly reconnaît que l'hystérectomie abdominale est restée une opération sérieuse ; mais il n'en est pas moins vrai que notre impression a été modifiée dans ces derniers temps sur la gravité de cette intervention. La mortalité diminue de jour en jour. Partant, on doit se décider désormais avec moins

(1) Il n'y a pas que les électriciens qui fassent des diagnostics abdominaux d'une *précision et d'une finesse absolument extraordinaires !* Les médecins et quelques chirurgiens se paient souvent ce luxe, qui ne devient.... dangereux que quand un vrai chirurgien va voir ce qui se passe au fin fond des organes ! Oh, alors ! Quand on a été échaudé plusieurs fois, on craint même l'eau froide. Se souvenir que trop gratter cuit.

© ANM

de crainte à cette opération et ne pas hésiter à faire l'hystérectomie quand il n'y a pas mieux à faire. L'amélioration est due aux progrès de la technique opératoire.

M. MARCHAND cite une observation de *salpingites énormes*. Opération sans drainage. Bientôt 39°, douleurs, etc. On défait deux points de suture et on place un tube à drainage dans le cul-de-sac de Douglas. Guérison.

M. BOUILLY a opéré des sacs salpingitiques contenant presqu'autant de liquide que dans le cas de M. Marchand. Il fait remarquer que très souvent les grosses trompes suppurées sont moins douloureuses que les petites salpingites.

M. J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE confirme ces faits.

M. SEGOND fait un rapport oral sur une communication de M. FÉLIZET ayant trait à un *nouveau procédé de traitement des fistules recto-vaginales*.— M. Félizet a employé ce procédé il y a cinq ans. Il consiste à faire l'incision prérectale de Nélaton, c'est-à-dire à dédoubler le périnée jusqu'au-dessus de la fistule et à inciser sur la sonde cannelée la fistule ano-vulvaire faite artificiellement. On ne fait aucun autre avivement et on laisse les parties se cicatriser seules. La malade ainsi opérée a été revue un mois après parfaitement guérie. Le procédé de MM. Guérin-Quénu est celui qui se rapproche le plus de celui de M. Félizet, qui est simple. L'avenir dira quel est le meilleur des deux.— Dans le traitement de ces fistules recto-vaginales, il faut distinguer : 1° les fistules *haut placées*, pour lesquelles tout est recommandable, tant qu'on a pour but d'éviter la périnéorrhaphie ; 2° les fistules *bas placées*, qui guérissent parfaitement par la périnéorrhaphie de Lawson Tait. Si le périnée est beau et s'il est inutile de le refaire, seulement alors on aura recours aux procédés de MM. Guérin-Quénu ou à celui de M. Félizet. On peut employer, d'ailleurs, ces procédés pour d'autres fistules de cette région chez l'homme (fistules uréthro-prostato-rectales, etc.), ou d'autres affections (abouchement anormal du rectum dans l'urèthre, etc.).

M. QUÉNU. — Ce qui doit primer dans la classification des fistules vagino-rectales, ce n'est pas seulement la notion de siège. Il faut tenir compte aussi de la longueur, de la direction du trajet fistuleux, de sa situation au-dessus ou dans l'intérieur du sphincter. Pour montrer qu'il ne tient pas outre mesure au procédé qu'il a jadis cité devant cette Société, il raconte que récemment il a opéré deux malades par des procédés différents. Dans un cas de mauvais périnée, il a fait une périnéorrhaphie par dédoublement. Dans l'autre, il aviva les deux orifices et sutura, par-dessus l'orifice vaginal, un lambeau vaginal. Guérison sans tube rectal.

M. SEGOND est aussi d'avis qu'il faut, dans les fistules dites bas situées, distinguer celles qui siègent au-dessus du corps périnéal et celles qui occupent son centre. La note dominante est certainement l'état du périnée. 99 fois sur 100 fistules recto-vaginales, le périnée est atteint.

M. SCHMIDT lit un mémoire sur la *gangrène de la jambe consécutive à l'érysipèle de la face*.

Marcel BAUDOUIN.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE.

Séance du 13 novembre 1890. — PRÉSIDENCE DE M. HARDY.

MM. HALLOPEAU et GOUPIL communiquent les résultats de nouvelles études sur *le fait de lymphangite gommeuse et variqueuse* qu'ils ont présenté dans la dernière séance. Ils avaient été conduits par ses caractères cliniques à admettre qu'il s'agissait très vraisemblablement d'une infection tuberculeuse. Les recherches bactériologiques et les cultures pratiquées par M. Jeanselme sont venues démontrer l'exactitude de ce diagnostic : l'examen du pus excrété y a révélé plusieurs fois la présence de bacilles ; son inoculation à des cobayes a déterminé chez plusieurs d'entre eux les altérations de la tuberculose. La frappante analogie que présente l'aspect des lésions observées chez ce malade, avec celui des moulages déposés par MM. Besnier et Lailler sous l'étiquette de varices lymphatiques, conduit à admettre, malgré quelques différences, qu'il s'agit de la même affection et l'on est conduit ainsi à considérer comme établi qu'une partie des faits publiés sous le nom de varices lymphatiques sont de nature tuberculeuse.

M. E. BESNIER, en étudiant à nouveau tous ces cas de lymphangiectasies, a pu se convaincre que déjà, autrefois, on en soupçonnait la nature. Comme traitement, on était arrivé à cette idée qu'il fallait détruire toutes ces lésions, et il est curieux de voir que, bien avant qu'on en connût l'essence, l'expérience avait conduit au résultat où mène aujourd'hui la connaissance exacte que nous avons de cette nature tuberculeuse de certaines varices lymphatiques.

M. LAILLER pense qu'il faut faire des réserves sur cette essence tuberculeuse des varices lymphatiques. Toutes ne sont pas tuberculeuses ainsi qu'en témoignent les varices de l'éléphantiasis des Arabes. Il a vu plusieurs sujets qui ont guéri et qui sont restés indemnes de tuberculose.

MM. BESNIER et HALLOPEAU sont d'accord pour admettre que toutes les lymphangiectasies ne sont pas en effet, tuberculeuses.

M. FEULARD présente deux cas de *lichen plan en voie de guérison*. Ce qui est important à signaler, ce sont les antécédents nerveux des malades. Dans le premier cas, il s'agit d'une femme qui est hystérique, hémianesthésique. Dans le deuxième cas, il s'agit d'un homme qui présente aussi des antécédents manifestes d'hystérie. Chez la femme, l'éruption suivait au bras gauche le trajet du nerf médian. Chez l'homme, c'est la forme miliaire généralisée. Le sujet présente, en outre, du lichen palmaire et plantaire, variété rare, et du lichen de la lèvre inférieure simulant le lupus érythémateux. La langue et la muqueuse buccale présentaient aussi des traces de lichen.

M. VIDAL insiste sur les caractères qui distinguent le lichen de la lèvre du lupus érythémateux. Dans le lichen, c'est une série de points blancs qui se réunissent pour former des plaques. Dans le lupus, ce sont des arborescences blanchâtres qui finissent par se confondre. Ce sont des lignes qui s'entremêlent et qui sont distinctes des points de lichen. Il insiste sur l'importance étiologique de ces manifestations nerveuses, ainsi que l'avait bien vu E. Wilson.

M. FEULARD présente une malade qui offre une *pigmentation abdominale particulière*. Ce sont de larges plaques brunes entourées d'une auréole rosée. Elles sont dues à une urticaire chronique déterminée par la pression du corset sur les téguments. Cette femme est, en effet, autographique. Il est rare de voir de telles pigmentations succéder à une urticaire factice. La pigmentation ne siège que sur les points où porte le corset.

M. HALLOPEAU présente une malade atteinte d'*hydradénome des paupières avec complication d'épithéliome*. — Ces tumeurs, décrites sous des noms très divers, n'ont guère été jusqu'ici différenciées des adénomes sébacés et sudoripares que par les examens microscopiques : l'auteur établit que l'étude clinique doit permettre, dans la plupart des cas, d'arriver au diagnostic ; il montre, de plus, que le pronostic, considéré jusqu'ici comme absolument bénin, peut être assombri. La malade présentée a, depuis son enfance, des tumeurs multiples localisées dans les paupières inférieures ; leur couleur jaune leur donne beaucoup de ressemblance avec le xanthélasma ; elles en diffèrent par leur forme uniformément arrondie, leur consistance ferme et leur couleur moins vive. A l'angle interne de l'œil gauche existe une tumeur plus volumineuse qui offre tous les caractères de l'épithéliome vulgaire ; la malade assure qu'elle s'est développée, après excoriation, aux dépens d'une tumeur semblable aux précédentes. *L'hydradénome peut donc se compliquer d'épithéliome*. Ces tumeurs ne siègent pas, comme les adénomes sébacés, dans les sillons naso-géniens ; ils en diffèrent aussi par leur coloration, quelquefois par leur aspect translucide, par leur saillie moins prononcée, par l'absence, dans leur partie centrale, d'une dépression ponctiforme, par le défaut de coïncidence avec des télangiectasies et d'autres anomalies de développement. Les adénomes sudoripares de Perry s'en distinguent par leur siège surtout naso-labial et leur coloration blanche parsemée parfois de points noirs.

M. DARIER conclut de son examen histologique que, conformément à l'opinion de Torok et Jacquet, le point de départ des néoplasies doit être cherché dans des glandes avortées ou des débris épithéliaux de provenance embryonnaire. M. Darier constate, en outre, un fait nouveau ; il s'agit d'une altération

© ANM

du tissu élastique : les fibres élastiques sont irrégulièrement renflées et fragmentées, tantôt en bâtonnets et en blocs inégaux, tantôt en fines granulations. Les lésions sont typiques : il s'agit de petits kystes à parois épithéliales, à contenu colloïde et corné, et de masses épithéliales cylindriques, ressemblant à des glandes sudoripares. Les fibres du tissu élastique sont moniliformes, fragmentées comme dans le xanthome élastique décrit par Balzer. Quant à l'épithéliome, il est tubulé, mais il est difficile de dire quel est le point de départ.

M. BESNIER.— On voit par ce cas qu'il est presque impossible de faire le diagnostic clinique de ces sortes de tumeurs. Leurs caractères extérieurs sont ceux de certaines formes de xanthome. M. Chauffard, notamment, a présenté à la *Société médicale des hôpitaux* un cas de xanthome dans lequel n'existait aucune coloration.

M. DARIER. — Il s'agissait précisément d'un xanthome élastique.

M. BESNIER. — Ce cas était semblable à ce que nous voyons ici. On conçoit donc combien est parfois grande l'hésitation lorsqu'il s'agit de reconnaître ces hydradénomes. Quant à la question de savoir si dans le cas présent l'épithéliome est consécutif à l'hydradénome, elle soulève un point intéressant. Il est des tumeurs du type épithélial qui deviennent épithéliomateuses à une phase ultérieure de leur évolution, mais il faut admettre avec les théories nouvelles qu'il s'agit là d'une lésion d'un autre ordre. Ces tumeurs épithéliales ne font que préparer le terrain où viendront se cultiver, à la suite d'une excoriation par exemple, certains parasites qui tiendraient le cancer sous leur dépendance. Je pense donc que chez cette malade l'épithéliome n'est pas la conséquence de l'hydradénome, mais que c'est une deuxième lésion qui est venue s'enter sur la première.

M. DARIER présente une malade qui est atteint de *nœvi verruqueux de la face*, affection qui a été confondue avec les adénomes sébacés.

La malade, âgée de 17 ans, est atteinte depuis son enfance d'une affection que l'on a confondue avec les adénomes sébacés de la face (de Balzer) parce qu'elle a le même siège et une évolution analogue. Mais les petites excroissances hémisphériques qui occupent surtout les sillons naso-géniens, le menton, les joues et le nez, sont d'un rouge vif. L'examen histologique a démontré qu'il s'agissait d'une télangiectasie des vaisseaux papillaires et sous-papillaires avec hypertrophie fibreuse du corps papillaire. Les glandes sébacées, nombreuses dans les régions atteintes, ne sont ni multipliées, ni hypertrophiées, ni irritées. Le diagnostic qui s'impose est donc celui de *nœvi vasculaires et variqueux*. La malade porte du reste en divers points du corps d'autres nœvi et quelques taches de vitiligo.

M. VIDAL fait remarquer que ces formes sont congénitales.

M. BESNIER a remarqué qu'on les rencontrait parfois chez des dégénérés à intelligence peu développée, chez des épileptiques présentant plusieurs nœvi sur le corps. Ces tumeurs qui peuvent ne présenter, pendant les premières années de la vie, qu'un faible développement, prennent ensuite une extension plus considérable.

M. HALLOPEAU fait une communication sur *une érythrodermie chronique à poussées aiguës, début probable d'un mycosis fongoïde*. La première phase du mycosis fongoïde peut se présenter sous des formes diverses; elle est le plus ordinairement méconnue : la malade présentée peut servir de témoignage. Elle a été considérée successivement comme atteinte d'eczéma, de lupus érythémateux, d'une maladie nouvelle, d'abord limité à la face, elle a envahi progressivement le tronc et les membres, elle se manifeste par des poussées érythémateuses que précède et accompagne un prurit intense, elles se sont accompagnées à diverses reprises de production de vésicules et bulles. L'aspect des plaques éruptives rappelle celui de l'érythème polymorphe, mais elles sont persistantes; leur relief est peu prononcé; la peau est épaissie et comme infiltrée à leur niveau; à la face la rougeur est uniforme et laisse peu d'intervalles de peau saine. Au cuir chevelu on voit plusieurs plaques d'alopécie incomplètes, les cheveux qui y persistent y sont atrophiés. M. Vidal a porté le premier le diagnostic de *mycosis fongoïde* que le présentateur a adopté les principaux caractères de cette éruption se trouvent en effet consignés dans la description qu'a donnée Bazin du mycosis fongoïde; elle n'en diffère que par la production passagère de bulles, une desquamation parfois abondante et des poussées fébriles intenses et d'une longue durée. L'examen histologique, pratiqué par M. Darier, a dénoté l'existence de lésions dans le tiers supérieur du derm, elles consistent surtout dans une infiltration de cellules rondes embryonnaires ou lymphoïdes; elles forment dans le corps papillaire au niveau des plaques saillantes, une nappe continue au dessous de l'épiderme; il y a en outre de la congestion et des dépôts de pigment rouge-brun dans des cellules du corps paillaire; les éléments ne sont pas dégénérés. Ces lésions écartent la possibilité d'un lupus érythémateux et confirment ainsi par exclusion le diagnostic de mycosis fongoïde, d'autant plus que M. Darier a trouvé déjà des lésions identiques chez plusieurs malades atteints ce mycosis fongoïde confirmé. Il ne parait donc pas douteux qu'il ne s'agisse ici de cette maladie.

M. VIDAL fait remarquer qu'il existe sur le cou de la malade quelques petites tumeurs qu'il n'avait pas vues, il y a plusieurs mois, lorsqu'il examina cette femme pour la première fois. Elles pourraient confirmer le diagnostic de mycosis fongoïde.

M. E. BESNIER n'est pas convaincu qu'il s'agisse de cette affection. Il n'y a que 15 mois que la maladie a débuté. Or dans les cas analogues de mycosis fongoïde, c'est pendant 6, 8, 10 ans qu'on reste dans l'indécision. De plus, cette femme est encore bien jeune (34 ans) et il serait bien extraordinaire que l'affection se fût déjà démasquée.

M. SCHIFF (de Vienne) pense qu'on ne peut faire le diagnostic dans ces phases de la maladie qui précèdent les tumeurs; en présence de ces éruptions généralisées, on ne peut que rester dans l'indécision et il est bien difficile de dire si elles seront suivies ou non de mycosis.

M. HALLOPEAU. — On peut arriver au diagnostic en se fondant sur la description que nous a laissée Bazin. Cette alopécie, l'érythème généralisé, l'épaississement et l'infiltration des téguments, les sensations prurigineuses me paraissent caractéristiques.

M. VERCHÈRE présente une malade atteinte de *syphilome ano-rectal* avec rétrécissement considérable. L'infection syphilitique remonte à 8 ans; la lésion a débuté il y a deux ans. Le rectum est inextensible et l'on sent tout autour une masse indurée. Le traitement spécifique n'a eu aucun effet. Le traitement chirurgical est à discuter, mais M. Verchère croit pour des raisons diverses devoir conclure à l'expectative.

M. SCHIFF (de Vienne), dans un cas semblable où le traitement anti-syphilitique avait échoué, a vu la résection de la muqueuse rectale amener la disparition des accidents.

M. FEULARD présente une jeune fille atteinte de cette affection, décrite par M. Bourneville sous le nom d'*idiotie myxœdémateuse*.

Le sujet est âgé de 19 ans et demi. Sa taille n'est que de 90 centimètres. Son poids est de 36 livres. Elle offre la conformation extérieure propre à ces sujets. La tête est volumineuse, de type dolychocéphale. Le teint est cireux, comme gélatineux; les lèvres sont bleuâtres, épaisses. Bouche entr'ouverte; macroglossie. Il y avait il y a quelque temps un eczéma généralisé et il a guéri facilement. M. Bourneville a insisté sur les éruptions que présentent ces malades. Il existe en outre de l'alopécie. Il n'y a que les dents de première dentition; incurvation rachitique des jambes; hernie ombilicale; déviation de la colonne vertébrale; tumeurs pseudo-lipomateuses des deux côtés. La palpation du cou permet de constater l'absence du corps thyroïde. La malade est très sensible au froid, ce qui a aussi été noté chez ces sujets.

Il n'y a pas de nervosisme chez les parents, mais la mère de cette malade, qui a eu cinq enfants bien portants, était enceinte de trois mois lorsqu'elle eut une violente émotion. Son mari fut condamné à être fusillé par les Allemands : depuis ce moment la grossesse fut très pénible et elle se termina à six mois et demi. L'enfant vint bien conformée mais chétive. Elle n'eut sa première dent qu'à quatre ans: elle ne marcha qu'à six. Elle est plutôt imbécile qu'idiote à proprement parler. Elle parle, bien qu'elle soit taciturne et elle rit, mais avec ce rictus propre à ces sujets. A ajouter qu'elle n'est pas réglée et qu'il n'y a pas de poil au pubis. M. Feulard propose pour cette affection le nom de myxœdème congénital et il reconnait dans le myxœdème trois variétés, celui des enfants, celui des adultes et le myxœdème opératoire.

© ANM

M. Fournier lit, en son nom et au nom de M. le Pr Dieulafoy, une observation relative à une forme particulière d'encéphalopathie à laquelle on pourrait donner le nom de *tabes aigu suivi de guérison complète*.

Il s'agit d'un homme de 36 ans, d'une bonne santé et sans antécédents nerveux. Infection syphilitique en octobre 1879. Accidents jusqu'en 1887. Depuis trois ans, il n'avait présenté aucun accident, lorsqu'au mois de décembre 1889, il est pris de douleurs lombaires, puis de douleurs dans les jambes. Ces symptômes augmentent et à la fin de janvier 1890, l'état est le suivant : Douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs, douleurs lombaires, diminution de la puissance génitale, marche difficile et pénible, grande sensation de fatigue, diminution de la sensibilité, abolition des réflexes rotuliens. Bientôt apparait un ptosis gauche ; le malade devient incapable de marcher mais la force musculaire est conservée dans les membres inférieurs : Signe de Romberg. Parésie vésicale. Le traitement intervient alors et progressivement tout rentre dans l'ordre. La marche redevient plus facile, de même que la miction. Le ptosis s'amende, les réflexes reparaissent et à la fin du mois de mars la guérison est absolue. Le traitement institué dès le début de la maladie a consisté dans l'emploi de frictions mercurielles à 6 gr. pendant 15 minutes pendant chaque jour. Iodure de potassium 6 et 8 gr. Pointes de feu sur le rachis, bains tièdes. Ce qu'il importe de faire remarquer, c'est que ces accidents de tabes, qui évoluent généralement en plusieurs années, n'ont mis ici que trois ou quatre semaines à se développer.

M. Mauriac. — En regard de ce cas très curieux, je vous rapporterais l'observation d'une myélopathie syphilitique à forme de paraplégie complète qui s'est développée brusquement et a été guérie en 30 ou 40 jours. Aussi bien connaissez vous le malade. Je vous ai déjà rapporté son observation au mois d'avril au sujet d'accidents bulbaires intenses qu'il avait présentés. A cette époque, cet homme n'avait eu aucune localisation médullaire. Il était guéri lorsqu'à la fin de mai apparurent de nouvelles manifestations beaucoup plus graves encore que les premières. Elles débutèrent d'une façon presque foudroyante. Ce fut d'abord une grande fatigue, puis des douleurs dans les épaules, dans les lombes, de la lassitude, une dépression intellectuelle et morale : enfin les signes de paraplégie s'accentuèrent : il n'y eut pas d'eschare sacrée. J'instituai un traitement intensif et j'ai remarqué que, malgré tout mon désir de la voir survenir, la salivation mercurielle ne se montra pas, comme si les myélopathies syphilitiques créaient une sorte d'immunité. En 40 jours les accidents s'amendèrent et bien que la guérison ne soit pas parfaite, elle peut être considérée comme réelle. Chez le malade, le traitement curatif d'une première atteinte d'encéphalopathie n'avait donc pas été préventif d'une deuxième atteinte de myélopathie.

M. Renaut compare cette observation à celle qu'il a précédemment communiquée à la Société. Le début avait eu la même brusquerie : sous l'influence d'un traitement intensif la guérison survint en un mois. Chez son malade non plus il ne vit apparaitre la salivation mercurielle. Paul Raymond.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS.

Séance du 4 novembre 1890. — Présidence de M. Parinaud.

M. Debierre lit un rapport sur un travail de M. Caudran, sur la *Dacryadénite aiguë*. Cette affection, relativement rare, s'accompagne d'inflammations de la glande lacrymale et de gonflement douloureux qui peut envahir la joue du côté correspondant. Sa terminaison par résolution est la plus fréquente, mais la ponction peut accélérer la guérison.

M. Valude donne lecture d'une communication de M. Truc (de Montpellier), sur la *topographie de l'ophtalmie granuleuse*, qui montre que l'on doit surtout rechercher les causes locales ou individuelles de cette maladie. Les régions humides, les habitations malsaines constituent, pour l'auteur, ses générateurs essentiels. La contagion se produit dans l'enfance à l'école ou dans la famille. Bien que le trachome manifeste surtout sa prépondérance parmi les femmes et les enfants, l'âge et le sexe ne semblent avoir quelque influence étiologique que par le *lymphatisme*. Tous les malades, en effet, portent à des degrés divers les marques de la strume. La prophylaxie consistera dans l'hygiène générale, l'isolement, l'aération des rues ou des maisons. M. Valude fait remarquer que le trachome est observé moins souvent chez les hommes, probablement parce que ceux-ci vivent au dehors.

M. Despagnet. — *Traitement du kératocone pellucide*. — L'auteur a observé 3 cas de kératocone à des périodes d'évolution très diverses, pour lesquels il a dû employer une thérapeutique différente. Chez un malade le conus, arrivé à la période ultime, menacé de perforation, faisait saillie entre les paupières et présentait un ulcère où faisait hernie la membrane de Descemet. L'ésérine et une compression méthodique maintenue six semaines firent reprendre à la cornée sa forme sphérique et améliora l'acuité dans des proportions restreintes. Le même traitement, appliqué dans un second cas de kératocone double à un seul œil, resta sans efficacité sur l'affection qui progressa dans les deux yeux. Chez un troisième malade, M. Despagnet a *excisé un lambeau semi-lunaire*, un peu au-dessous du sommet du conus. Après une cautérisation au galvanocautère du leucome qui s'était ulcéré six mois après, et une seule paracentèse, toute trace de conus disparut, et l'acuité de 1/5 remonta à 2/5. Le but à atteindre est une déperdition de substance dans le voisinage du centre cornéen qui sera remplacée par un tissu cicatriciel dont la densité résistera à toute nouvelle tendance de propulsion.

D'après His, le début du kératocone est une altération de la couche épithéliale profonde de la cornée. L'intervention doit donc intéresser la cornée dans toute son épaisseur ; elle est de plus parfaitement justifiée dans une affection presque toujours binoculaire et qui produit une quasi cécité.

M. Abadie. — L'excision est rationnelle, mais elle constitue une opération délicate. Avec une pointe effilée du galvanocautère on peut détruire la quantité de tissu que l'on veut sans pénétrer dans la chambre antérieure.

M. Galezowski a pratiqué, dans 18 cas, l'excision d'un lambeau semblable et n'a eu qu'une seule fois une adhérence irienne. Pour lui, l'opération ne doit pas porter sur le centre de la cornée, ainsi que l'ont fait plusieurs opérateurs.

M. Jocks a vu dans le service de M. Panas des résultats satisfaisants obtenus par l'ésérine et la compression : il ne faut donc pas rejeter systématiquement cette méthode.

M Meyer. — Il est préférable de ne pas pénétrer dans la chambre antérieure d'emblée, car on court le risque de voir s'établir des synéchies. La paracentèse, faite après avoir établi une ulcération artificielle, a donné entre les mains de Græfe des résultats remarquables.

M. Gillet de Grandmont. — Il faut ouvrir la cornée dans la portion la plus mince et la plus saillante. Le tissu cicatriciel que l'on fait à côté du centre ne fait qu'augmenter la distension du conus.

M. de Wecker. — L'idée d'ouvrir la chambre antérieure n'est pas de date récente, et l'opportunité de cette intervention reste encore à démontrer.

M. Gorecki a observé dans le service de M. Trélat un cas de rupture spontanée du kératocone. Celle-ci est donc à craindre et l'opération s'impose dans ces circonstances.

M. Parinaud. — Dans le kératocone, seule la cornée est ramollie ; pour augmenter sa densité dans toute son épaisseur, il pratique des scarifications profondes perpendiculaires, en forme de damier ; dans un cas opéré par lui, l'acuité s'était notablement améliorée. Plus tard, une petite synéchie s'établit et un glaucome survint. Néanmoins, le premier résultat mérite l'attention.

M. Despagnet. — Les moyens antiseptiques dont nous disposons nous permettent de tenter hardiment l'ouverture de la cornée. Pour la perforation de part en part, le couteau est bien préférable au galvanocautère.

M. Fontan (de Toulon). — *Nouveau procédé de blépharoplastie en ciseaux*. — Chez un homme de 66 ans, atteint d'un épithélioma qui avait envahi les deux paupières de l'œil gauche, la moitié externe du sourcil, la région externe du front, l'auteur a employé le procédé suivant. Après ablation des parties cancéreuses, la paupière supérieure fut refaite à l'aide d'un lambeau falciforme à base supérieure, pris sur le côté gauche du nez et la partie médiane du front, et qui fut fixé au périoste de l'arcade zygomatique. Un autre lambeau falciforme, à base supérieure, pris sur le front et le côté droit du nez, vint s'a-

© ANM

dapter à la paupière inférieure après avoir croisé le pédicule du premier. Les régions temporale et parotidienne furent restaurées par un vaste lambeau pris sur les régions massetérine et cervicale latérales, et dont la base atteignait le bord supérieur du muscle sterno-mastoïdien. La région temporale resta incomplètement restaurée à cause du sphacèle de l'extrémité du lambeau cervical, et il fallut attendre le bourgeonnement secondaire. Mais les paupières furent complètement restaurées, et le globe cessa d'être à nu. Quelque temps après, le malade succomba à une infection généralisée.

M. DE WECKER. — *La résection du nerf optique dans l'ophtalmie migratrice.* — La plupart des opérations tentées contre cette affection ne reposent pas sur une donnée scientifique. Il est aujourd'hui démontré qu'elle est de nature microbienne et que la transmission se fait directement par la voie du nerf optique. C'est ce qu'ont prouvé les travaux de Deustchmann. Si l'ophtalmie sympathique survient presque toujours à la suite d'une blessure, c'est que l'inflammation est la conséquence d'une infection de la plaie. N'est-il pas logique de rechercher comment se propage le processus inflammatoire. Les nerfs ciliaires, agissant par action réflexe, ne peuvent être mis en cause. Il faut s'attaquer au nerf optique, et la pratique de sa résection (opération essentiellement préventive) démontrera la migration de l'ophtalmie sympathique.

M. de Wecker se sert d'un crochet articulé à l'aide duquel il saisit le nerf optique après avoir sectionné le droit interne. Il applique ensuite contre le nerf des ciseaux compresseurs dont la courbe permet de prendre un point d'appui sur le dos du nez. Le globe de l'œil peut ensuite être facilement luxé, et la résection se fait aussi loin que possible. En limitant l'intervention à la section du nerf, M. de Wecker, partisan convaincu de la chirurgie conservatrice, a pu se mettre à l'abri de tous les accidents.

M. ABADIE. — Dans la séance d'avril dernier, j'ai eu l'honneur de vous parler d'un nouveau traitement de l'ophtalmie sympathique et je vous présentai, à l'appui de mon dire, une malade âgée de 60 ans, marchande de journaux, que j'avais guérie d'une ophtalmie sympathique des plus graves. Aujourd'hui je viens vous présenter deux autres malades d'un très grand intérêt. Le premier est une fillette de sept ans qui se blesse l'œil droit; à la suite survient une ophtalmie sympathique grave à marche rapide. Je lui fis une injection, dans l'œil blessé, d'une goutte de solution de sublimé à 1/500; elle est aujourd'hui complètement guérie. Le second est encore plus intéressant. Il s'agit d'un homme de 46 ans, brocanteur, qui, à la suite d'une blessure de l'œil droit, est atteint d'ophtalmie sympathique. Il est d'abord soigné dans un hôpital, puis dans deux cliniques importantes de Paris. Enfin il vient chez moi il y a cinq ou six mois complètement aveugle depuis dix-huit mois. Cet homme avait subi six iridectomies, trois sur chaque œil, qui s'étaient toujours refermées. Je commençai par cautériser profondément au galvanocautère la plaie de l'œil droit et, chose curieuse, après deux ans il en sortit un magma purulent. Puis je lui fis dans chaque œil une injection de sublimé à 1/1000 et quand je vis que je pouvais sans danger intervenir chirurgicalement, je lui fis sur l'œil gauche une iridectomie. Vous pouvez constater que cette pupille artificielle ne s'est pas refermée et que non seulement il voit à se conduire, mais encore à lire avec des verres appropriés. Mais je ne vous apporte pas seulement des faits personnels. M. le Dr Elefthériadès (de Smyrne) m'a envoyé, il y a quelques semaines, l'observation d'un enfant atteint d'ophtalmie sympathique, qu'il a guéri en injectant dans l'œil primitivement blessé une goutte de solution de sublimé à 1/1000. Notre éminent confrère, le Dr Ferson, de Toulouse, m'a envoyé deux observations semblables avec guérison.

M. MEYER. — La théorie de Deutschmann présente quelque points obscurs. Il y a beaucoup d'affections oculaires dans lesquelles on trouve les microorganismes et qui n'ont jamais présenté les caractères de l'ophtalmie sympathique. D'autre part il est bien étonnant que le cerveau ne montre jamais de réaction. Le traumatisme a une influence indéniable en diminuant la vitalité des tissus. Les microorganismes existant en eux sont vaincus par celle-ci. Quand la résistance s'affaiblit sous une influence nerveuse ayant son point de départ sous la région ciliaire, on peut alors invoquer l'action des microorganismes. Quoi qu'il en soit, l'affection microbienne existe, mais elle peut se propager autrement que par le nerf optique. Si des microbes existent dans un œil à l'état sain, tout s'explique, car ceux-ci peuvent se développer sur place. M. Meyer persiste à faire l'énucléation d'un œil surtout quand il est destiné à ne plus avoir de vision. Cependant il est des cas où elle n'empêche pas l'ophtalmie sympathique de se produire. Dans un cas où l'auteur a fait l'énucléation trois heures après une blessure grave, les accidents se sont amendés en soumettant l'œil à une température de 40°. Jusqu'au jour où l'on apportera des documents plus importants, M. Meyer se déclare pour l'énucléation. E. KŒNIG.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 12 novembre 1890. — PRÉSIDENCE DE M. LABBÉ.

M. FERNET lit un travail sur *quelques points du traitement des pleurésies purulentes par la thoracotomie antiseptique*. Il s'agit d'une femme de 35 ans, atteinte depuis dix jours de fièvre typhoïde, lorsqu'elle présenta des signes de broncho-pneumonie avec légère pleurésie. Vingt jours après, la fièvre typhoïde était terminée; à ce moment, elle fut prise de fièvre à type rémittent; la broncho-pneumonie reprit, et on trouva des signes de pleurésie. Peu de temps après elle eut des vomiques, et dans le pus de celles-ci on trouva des Streptocoques. La thoracotomie antiseptique fut faite par M. Le Dentu, et, après sept pansements, au bout de vingt-cinq jours, la malade était complètement guérie. Après la thoracotomie, on avait fait passer dans la plèvre trois ou quatre litres de solution de sublimé, puis de l'eau bouillie. La thoracotomie était-elle nécessaire dans ce cas? J'ai déjà présenté à la Société des Hôpitaux plusieurs mémoires sur les injections intra-pleurales de solutions antiseptiques. Les résultats sont heureux dans les cas de pleurésie à pneumocoques et dans ceux à bacilles de la tuberculose. Dans le cas précédent, les injections antiseptiques ne me paraissaient pas devoir donner de résultats; il fallait agir rapidement pour évacuer le pus, chez notre malade fatiguée par la fièvre typhoïde. De plus, il s'agissait d'une pleurésie à streptocoques, et il existait des fistules bronchiques. Je pense qu'il est nécessaire, après la pleurotomie antiseptique, de faire un grand lavage, pour faire l'antisepsie de la cavité pleurale. En faisant l'antisepsie extérieure, on empêche la pénétration de germes venus du dehors, mais on ne détruit pas ceux contenus dans la plèvre. Ces idées ont été combattues par Ewald, par Lister, par M. Bucquoy qui font la pleurotomie antiseptique sans lavage.

Je ne crois pas qu'on puisse répondre par une règle générale à la question : Doit-on ou ne doit-on pas faire de lavages? La conduite à tenir dépend des germes contenus dans le pus pleural. Les faits antérieurs ne sont pas favorables à la pleurotomie sans lavage. Dans le livre de Bouveret, on voit que la durée de la guérison dans les cas sans lavage est plus longue que dans ceux avec lavage. Il est vrai que dans les cas de pleurésie à pneumocoques, la pleurotomie sans lavage est suivie de guérison, mais dans ces cas mêmes, les injections antiseptiques peuvent suffire. Cependant, dans une observation de M. Bucquoy, il s'agissait d'une pleurésie à streptocoques, dans laquelle la guérison s'est faite en quarante jours après pleurotomie sans lavage. Je ne crois pas qu'il y ait d'inconvénient à faire un lavage lent, sans brusquerie, et je pense qu'au contraire on a tout avantage à débarrasser la plèvre des germes qui y sont contenus. Les lavages répétés sont mauvais; les meilleurs résultats sont obtenus par la thoracotomie avec un seul lavage. Il y a indication de répéter les lavages lorsque l'infection du foyer morbide est très accentuée si le pus a une mauvaise odeur. Ils sont inutiles quand la pleurésie évolue d'elle-même vers la guérison, ce qui est indiqué par une production de sérosité s'écoulant de la plèvre. Les injections antiseptiques ne feraient que gêner le travail de cicatrisation. Les pansements ne doivent être renouvelés que lorsque l'état du malade indique une antisepsie insuffisante, lorsque la sécrétion pleurale traverse le pansement. On ne doit les renouveler que tous les trois jours au début, puis plus tard tous les cinq ou six jours. En résumé, la pleurotomie antiseptique avec

© ANM

un seul lavage me paraît le traitement de choix pour les pleurésies purulentes étendues.

M. le Dr Schmitt (de Nancy) communique une note sur l'*uralium*, hypnotique vanté par quelques médecins d'Outre-Rhin. A la dose de 0,50 centigr. à 2 gr. 50, il a, en effet, des propriétés hypnotiques réelles, mais il est inférieur au chloral et à l'opium. A. Raoult.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE.

Séance du lundi 10 novembre 1890. — Présidence de M. Pouchet.

M. Vibert communique un cas très intéressant des *perforations produites d'une façon spontanée* post mortem, par le suc gastrique, qui a détruit la paroi de l'estomac. Le fait a été observé par M. Vibert, chez un jeune homme de 18 ans, qui avait été assassiné dans une rixe par un coup de revolver tiré sur la tête. A l'autopsie, on a constaté trois perforations dans la région de l'estomac auxquelles correspondaient trois perforations du côté du diaphragme; l'absence de tout épanchement sanguin au niveau de ces perforations éloignait toute idée de traumatisme; d'autre part, il ne s'agissait pas non plus d'une affection gastrique quelconque, à cause de l'absence de toute trace d'inflammation; les perforations se sont évidemment produites d'une manière spontanée par l'action du suc gastrique sur la paroi stomacale.

M. Motet rapporte deux faits qui prouvent combien sont fréquents encore, en justice, les exemples de *faux témoignages des enfants*. Le premier fait est relatif à une petite fille de 14 ans qui, sous l'influence d'une excitation alcoolique, a eu une crise délirante pendant laquelle elle accusait son oncle d'avoir voulu la violer. L'instruction fut ouverte et elle ne tarda pas à revenir sur ses affirmations et avouer que tout ce qu'elle avançait n'existait que dans son imagination.

Le second fait est relatif à une fillette qui avait l'habitude de se livrer, avec ses camarades, à des attouchements réciproques. La mère, inquiète des phénomènes d'inflammation du côté des organes sexuels de son enfant, consulta une sage-femme qui conclut immédiatement que la fillette avait été violée par un homme malade. L'enfant, interrogée, a porté ses accusations contre un inconnu qui passait dans le corridor; les compagnes de la victime confirmaient son récit et se chargeaient de reconnaître le coupable. Un individu soupçonné fut arrêté, mais au lieu de le montrer à toutes les petites accusatrices, on présenta séparément un pompier à une, un garçon du cabinet du juge d'instruction à une autre et le prétendu coupable à une troisième; elles n'hésitèrent pas un instant à affirmer que l'homme qu'on le montrait était précisément celui qui avait violé leur petite amie J. Roubinovitch.

VARIA.

Le Choléra.

Précautions sanitaires.— Les derniers postes sanitaires de terre sont supprimés. Il ne reste plus sur la frontière d'Espagne, aux Pyrénées, que les postes des gares d'Hendaye et de Cerbère. Pendant la semaine qui vient de s'écouler, le nombre des vaisseaux qui sont entrés dans nos ports a été de 65. Seize passagers arrivaient d'Espagne. Le nombre des désinfections pratiquées a été de 64. Il est passé aux postes sanitaires de la frontière des Pyrénées, du 29 octobre au 4 novembre, 3,781 voyageurs, 379 opérations de désinfection ont été faites.

Choléra en Espagne. — L'épidémie s'étend dans les provinces du sud de l'Espagne. Dans la province de Séville, il existe plusieurs foyers: Etepa, Gilena, Gelvès et la Agalba. A Gilena, il y a eu 93 cas et 25 décès en deux jours. A Murcie, il y a eu, le 3 nov., 13 cas et 16 décès. Cinq villages de cette province sont également contaminés. Dans la province d'Alicante, huit villages situés sur le cours de la rivière Segura et d'autres villages de l'intérieur de la province sont également atteints. Dans la province de Valence, au contraire, l'amélioration continue.

Choléra en Syrie. — En Syrie, le choléra continue à s'étendre. D'Alep il avait gagné Hama, et de Hama il vient de gagner Homs. Or, Homs n'est qu'à 125 kilomètres de Damas, à 180 de Beyrouth et à 95 seulement de Tripoli, de Syrie. Il y a eu, du 1er au 5 nov., à Homs, 210 cas de choléra, dont 54 ont été mortels.

Faculté de Médecine de Toulouse.

Un décret paru à l'*Officiel* annonce la transformation prévue, et nomme M. le docteur Caubert, doyen de la nouvelle Faculté de médecine. . . . . .

En vertu de ce décret, les inscriptions prises à la rentrée sont considérées comme inscriptions de Faculté, et, à ce titre, jouiront des droits conférés à ces dernières. Pour la question d'enseignement, elle reste en suspens, du moins encore pour quelques jours. En attendant les cours seront professés par les titulaires et les suppléants attachés aux chaires de l'Ecole de plein exercice. Ce ne sera que plus tard, vers la fin du semestre d'hiver, que le Ministre de l'Instruction publique prononcera sur les nominations des professeurs de la Faculté. Ce délai était absolument indispensable, non pas tant pour permettre au ministre de s'assurer de la valeur de l'enseignement actuel, mais surtout pour donner aux candidatures le temps de se produire. Or, nous pouvons affirmer que de ce côté l'attente ne sera pas vaine. Dès maintenant, nous sommes en mesure d'avancer que des médecins et des chirurgiens des hôpitaux de Paris brigueront les places vacantes. Sans aucun doute, M. Liard faisait allusion à des candidatures lorsque, au cours de sa visite à l'administration municipale pour lui témoigner sa satisfaction de tout ce qu'il avait vu, il a prononcé ces paroles: « Quant au personnel enseignant, notre droit ou plutôt notre devoir, dans l'intérêt de Toulouse, est de n'avoir qu'un souci: c'est que le personnel de votre Faculté ne soit inférieur à celui d'aucune des Facultés de médecine de France. »

Nous enregistrons cette déclaration avec un grand contentement; elle est la preuve évidente que l'honorable directeur de l'enseignement supérieur a trouvé lui aussi son chemin de Damas, et elle nous donne l'assurance que les fautes du passé ne seront pas renouvelées. De ce côté, nous le répétons, notre croyance est entière.

Il y aura, de ce fait, bien des convoitises inassouvies, bien des espérances déçues, mais l'intérêt de la chose publique primera les compétitions inavouables et les coteries politiques. C'est là une question capitale pour l'avenir de la Faculté sur laquelle nous aurons occasion de revenir plus d'une fois. (*Echo Médical*).

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 17. — 2e *de Doctorat* (2e partie): MM. Ch. Richet, Reynier, Retterer. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie): MM. Tillaux, Terrillon, Ribemond-Dessaignes. — (2e partie): MM. Potain, A. Robin, Chauffard.

Mardi 18. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie): MM. Ball, Campenon, Nélaton. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité): MM. Le Fort, Duplay, Maygrier. — (2e partie) (1re *Série*): MM. Bouchard, Debove, Hanot. — (2e *Série*): MM. Cornil, Legroux, Hutinel.

Mercredi 19. — 2e *de Doctorat* (2e partie): MM. Fournier, Jalaguier, Retterer. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie): MM. Pinard, Terrillon, Segond.

Jeudi 20. — Médecine opératoire: MM. Panas, Le Dentu, Brun. — 2e *deDoctorat* (2e partie): MM. Mathias-Duval, Gilbert, Gley. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie): MM. Guyon, Tarnier, Nélaton. — (2e partie): MM. Grancher, Debove, Quinquaud.

Vendredi 21. — 1er *de Doctorat*: MM. Regnauld, Pouchet, Villejean. — 2e *de Doctorat* (2e partie): MM. Terrillon, Marie, Retterer. — 4e *de Doctorat*: MM. Potain, Hayem, Chauffard. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité): MM. Pinard, Jalaguier, Segond. — (2e partie) (1re *Série*): MM. Grancher, Straus, Brissaud. — (2e *Série*): MM. Fournier, A. Robin, Déjerine.

Samedi 22. — 4e *de Doctorat*: MM. Debove, Hanot, Quinquaud. 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu): MM. Le Dentu, Humbert, Bar. — (2e partie) (1re *Série*): MM. Cornil, Legroux, Ballet. — (2e *Série*): MM. Peter, Bouchard, Chantemesse.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Mercredi 19. — M. Henault. Le bain froid contre la pneumonie. — M. Daraignez. Essai sur la pathogénie de l'ictère émotif.

Jeudi 20. — M. Schoofs. Contribution à l'étude de la propagation de la fièvre typhoïde par les eaux potables. — M. Mottin. Simulation et dissimulation des maladies dans la marine. — M. Mirinescu. De la polyadénite périphérique chez les enfants tuberculeux. (Etude clinique, histologique et expérimentale). — M. Herrmann. Sténoses de l'œsophage d'origine syphilitique. — M. Elmassian. Contribution à l'étude de la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse. — M. Garnier. Etude sur les kystes poplités. — M. Flament. De l'amputation des doigts dans la continuité des métacarpiens.

© ANM

NÉCROLOGIE.

M. le Pr von NUSSBAUM (Munich).

M. le Dr Johan-Nepomuk-Ritter von Nussbaum, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Munich, est décédé le 31 octobre dernier.

Né à Munich, le 2 septembre 1829, il étudia non seulement dans sa ville natale, mais aussi à Berlin, à Strasbourg où enseignaient à cette époque von Rothmund, Langenbeck, Thiersch, etc. Il vint même à Paris suivre les leçons de Nélaton, et visita Spencer Wells, à Londres, Lister à Edimburg. Il fut reçu docteur en 1855.

Nommé en 1860, à *l'âge de 31 ans*, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de l'Université de Munich, il y a rempli ces fonctions pendant les 30 années qui viennent de s'écouler.

Il fut nommé successivement professeur ordinaire, conseiller intime et médecin en chef d'armée.

Von Nussbaum est un de ceux qui ont contribué dans une très notable mesure à propager en Allemagne les doctrines listériennes et il y a longtemps qu'il disait : « Tout chirurgien qui n'est pas un antiseptique convaincu, est coupable et doit être puni. »

On lui doit, en outre de sa collaboration au traité de chirurgie de Billroth et Luecke, une foule de travaux. On compte de lui au moins 80 monographies sur le cancer et les opérations dirigées contre cette affection, l'élongation des nerfs, les transplantations osseuses, l'ovariotomie, la résection du genou, le traitement antiseptique des plaies, la cure radicale des hernies, la transfusion du sang, etc., etc.

Comme chirurgien militaire, il fit 3 campagnes (Italie, 1859, Autriche, 1866, et France, 1870). Von Nussbaum était le premier chirurgien consultant de la Bavière.

Voici quelques-uns de ses plus importants mémoires :

Die Behandlung der Hornhaut-Trübungen, etc., Munich, 1856. — *Die Pathologie und Therapie der Ankylosen*, Munich, 1862. — *Vierunddreissig Ovariotomien*, 15 p., Munich, 1869. — *Die Drainagirung der Bauchhöle und die intraperitoneale Injection*, 1874. — *Die operation einer Intercostal Neuralgie (Aerztl. Int. Bl.*, Munich, 1879). — *Leitfaden zur antiseptischen Wundbehandlung (Lister'sche Methode)*, 160 p., Stuttgartt, 1879 ; (5e édition en 1887 ; traduit en français en 1880, par M. le Dr de la Harpe). — *Die Verletzungen der Unterleibes* (dans *Traité de chirurgie allemande*), 1880, 176 p. — *Enterotomie, gastrotomie et und Leberdrainage*, 1879. — *Die gezenwärtige Behandlung der Unterleib brüche*, Munich, 1881. — *Werth und Gefahren der Antiseptica*, Munich, 1882. — *Die Erste Verband bei verschiedenen Verwundungen*, 1882. — *Einfache und erfolgreiche Behandlung des Schreibekrampfes*, Munich, 1883. — *Ueber Verwandlung maligner Geschwülste (Krebse) in gutartige und über Vorzüge glühender Instrumente*, Munich, 1883. — *Anleitung zur (fäulnisswidrigen) antiseptischen Wundbehanlung*, Munich, 1885. — *Operation einer Uterus Geschwulst in zwei Zeiten*, Munich, 1884. — *Krankeiten des Unterleibes (Handb. d. alleg. u. spec. Chir.*, 1882). — *Ein Vademecum fur den pratischen Chirurgen*, 1881-82, Munich. — *Künsliche Harnwege*, Munich, 1883. — *Bauchverletzungen*, Berlin, 1884. — *Ein neuer Versuch zur Radicaloperation der Unterleibsbrüche*, 1885, Munich. — *Ueber Chloroform-Wirkung*, Breslau, 1884. — *Anäthesica (Hand. d. alleg. u. sp. Chir.*, 1887. — *Die Amputation des Kropfes*, Munich, 1887, etc., etc.

La plupart des articles ont paru dans l'*Aerztl. Int. Bl.* de Munich.

M. le Dr Henri-Jacob BIGELOW (Boston).

Henri-Jacob Bigelow, chirurgien à Boston, fils du célèbre médecin de cette ville, Jacob Bigelow, connu surtout pour ses travaux de botanique pure et décédé en 1873, vient de mourir.

Les deux travaux, d'importance capitale, qui ont en France attiré l'attention sur ce chirurgien américain sont : *Lithola-paxy or rapid lithotrity with evacuation*. 42 p., in-8°, Boston. (Extrait de l'*Amer. J. of med. sciences*, 1878). — *The mechanism of dislocation and fracture of the hip, with the reduction of the dislocations by the flexion method* (Philadelphie, 1869, in-8°, 150 p.), traduit d'ailleurs, en allemand, par Eugen Pochhammer, Berlin, 1873, Hirschwald.

Mais on doit encore à ce praticien émérite, qui collabora au *Boston medical Journal* et au *Surg. Journal*, qui a inventé l'*aspiration vésicale*, plusieurs travaux importants, dont voici les principaux. A citer d'abord : *Manuel of orthopedie Surgery* (Boston, 1845, 211 p. ; in-8°), qui remporta en 1844 le prix Boylston et qui constitua pour lui une sorte de dissertation inaugurale. — Puis :

Ether and chloroform : a compendium of their history and discovery (Boston, 1848; in-8°, 27 p.). — *Ether and chloroform : physiolog. effects (Bost. M. and S. J.*, 1848). — *Ununited fracture successfully treated with remarks on the operation* (Boston, 1867, 25 p.). — *Fragments of medical science and art*; comm. à la *Boylston med. Soc.* de l'Université Haward (54 p., Boston, 1846). — *Alleged death from ether* (lettre au *Brit. med. J.*, reproduite in *Tr. Am. M. Assoc.*, 1848). — *On the employment of a new agent in the treatment of strictures of the urethra (Boston M. et S. J.*, 1849). — *An introductory lecture delivered a the Massachusetts Med. College*, 1850, 24 p.). — Dr *Harlow's case of recovery from the passage of an iron bar trough the head (Am. J. of med. Sc.*, 1850). — *Science and success* (Université Haward), 1859. — *Medical Education in America* (Comm. à la *Massachusetts Med. Soc.*, 7 juin 1871). — *Turbinated corpora cavernosa (Bull. M. Journal, S. J.*, 1875. — On lui doit encore en collaboration avec E. Clarke, Samuel Gross, T. Gaillard Thomas et J. S. Billings : *A Century of American Medicine*, 1776-1876 (Philadelphie 1876). Marcel Baudouin.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 2 nov. 1890 au samedi 8 nov. 1890, les naissances ont été au nombre de 1115 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 442 ; illégitimes, 152, Total, 594. — *Sexe féminin :* légitimes, 364 ; illégitimes, 157, Total, 521.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 2 nov. 1890 au samedi 8 nov. 1890, les décès ont été au nombre de 1006 savoir : 546 hommes et 460 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 5, F. 4, T. 9. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 3, F. 8, T. 11. — Scarlatine : M. 2, F. 1, T. 3. — Coqueluche : M. 0, F. 2, T. 2. — Diphtérie, Croup : M. 14, F. 11, T. 25. — Choléra : M. 00, F. 00, T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 134, F. 70, T. 204. — Autres tuberculoses : M. 10, F. 12, T. 22. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 4, T. 4. — Tumeurs malignes : M. 23, F. 39, T. 62. — Méningite simple : M. 14, F. 12, T. 26. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 19, F. 23, T. 42. — Paralysie : M. 5, F. 3, T. 8. — Ramollissement cérébral : M. 7, F. 4, T. 8. — Maladies organiques du cœur : M. 32, F. 41, T. 73. — Bronchite aiguë : M. 13, F. 15, T. 28. — Bronchite chronique : M. 16, F. 24, T. 40. — Broncho-Pneumonie : M. 16, F. 15, T. 31. — Pneumonie : M. 30, F. 23, T. 53. — Gastro-entérite, biberon, M. 28, F. 15, T. 43. — Gastro-entérite, sein : M. 6, F. 3, T. 9. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 3, F. 2, T. 5. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 7, T. 7. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale : M. 18, F. 9, T. 27. — Sénilité : M. 11, F. 24, T. 35. — Suicides : M. 10, F. 2, T. 12. — Autres morts violentes : M. 12, F. 3, T. 15. — Autres causes de mort : M. 110, F. 77, T. 187. — Causes restées inconnues : M. 5, F. 9, T. 14.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 77, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 32, illégitimes, 10, Total : 42. — *Sexe féminin :* légitimes, 21, illégitimes, 14, Total : 35.

Faculté des sciences de Besançon. — Un congé d'inactivité d'un an, à partir du 1er novembre 1890, est accordé, sur sa demande, à M. Magon, chef des travaux de zoologie et botanique à la Faculté des sciences de Besançon et suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de cette ville.

Faculté des sciences de Montpellier. — M. Giran (J.-M.-H.), licencié ès sciences mathématiques et ès sciences physiques, est nommé chef des travaux pratiques de chimie à la Faculté des sciences de Montpellier, en remplacement de M. Bringuier, appelé à d'autres fonctions.

Faculté des sciences de Rennes. — M. Guyot, licencié ès sciences physiques, est nommé préparateur de géologie et minéralogie à la Faculté des sciences de Rennes, en remplacement de M. Sirodot, démissionnaire.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Moitessier, licencié ès sciences physiques, préparateur de chimie à la Faculté

© ANM

de médecine de Montpellier, est délégué, pendant l'année scolaire 1890-1891, dans les fonctions de chef des travaux chimiques à ladite Faculté, en remplacement de M. Ville, appelé à d'autres fonctions.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. CHEVALLOT (Louis-Pierre-Nicolas), bachelier ès lettres et ès sciences, est délégué dans les fonctions d'aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Nancy, pendant la durée du congé accordé à M. Dumont, du 1er novembre 1890 au 31 octobre 1891. — M. GUÉRIN, agrégé près la Faculté de médecine de Nancy, est nommé, en outre, pour l'année scolaire de 1890-1891, directeur du laboratoire des cliniques de ladite Faculté, en remplacement de M. Dorez, dont la délégation est expirée.

ECOLE DE PLEIN EXERCICE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE NANTES. — M. GUILBAUD (Gaëtan-Léopold-Marie) est nommé aide de clinique ophtalmologique à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes, en remplacement de M. Lenoir, démissionnaire.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'Externat.*—Les questions suivantes ont été posées dans les dernières séances. *Muscle sterno-cléido-mastoïdien* ; — *Articulation du coude* ; — *Tiers supérieur du fémur* ; — *Artère fémorale.*

ACADÉMIE DES SCIENCES. — *Legs de 100.000 francs.* — M. Pierre Alexandre de Tchihatchef, membre correspondant depuis 1861 pour la section de géographie, vient, par clause de son testament de léguer à l'Académie des sciences de Paris une somme de 100,000 francs dont les intérêts seront destinés dans sa pensée à récompenser annuellement un naturaliste s'étant distingué dans l'exploration des régions asiatiques et des îles environnantes, à l'exclusion cependant des Indes anglaises, de la Sibérie et de quelques autres points géographiques qu'il désigne.

ASILES D'ALIÉNÉS. — *Bourse de voyage.* — Le concours pour la *bourse de voyage* (médaille d'or) des asiles, s'est terminé en faveur de M. Marie, interne de l'Asile clinique.

BOURSES D'ÉTUDES. — *Fondation de Barkow.* — Sont appelés à jouir des bourses d'enseignement supérieur instituées sur la fondation de Barkow. 1° Pendant l'année scolaire 1890-1891, MM. Fonvieille (Clément-Jacques), né le 13 février 1866 à Saint-Affrique (Aveyron), étudiant de la Faculté de droit de Paris ; Lalande (Emmanuel-Marc-Henry), né le 24 décembre 1868 à Nancy (Meurthe), étudiant de la Faculté de médecine de Paris ; Mauger (Nouël-Alexis), né le 25 décembre 1870 à Chartres (Eure-et-Loire) étudiant de la Faculté de médecine de Paris. 2° Pendant le premier semestre de l'année scolaire 1890-1891 : M. Le Noir (Paul-Louis), né le 8 février 1863 à Paris, étudiant de la Faculté de médecine de Paris ; 3° Pendant les 2e, 3e, 4e trimestres de l'année scolaire 1890-1891 ; M. Fiquet (Edmond), né le 23 juillet 1864 à Forges-les-Eaux (Seine-Inférieure), étudiant de la Faculté des sciences de Paris. — *Fondation Pelrin :* Sont appelés à jouir, pendant l'année scolaire 1890-1891, d'une des bourses d'enseignement supérieur instituées par M. et Mme Pelrin : MM. Kortz (Henri-Marie-Félix), né le 4 décembre 1864 à Besançon (Doubs), étudiant de la Faculté de médecine de Paris ; Prévost (Albert-Anatole), né le 3 avril 1871 à Vernon (Eure), étudiant de la Faculté de sciences de Paris.

COMITÉ POUR L'ÉRECTION D'UN BUSTE A LA MÉMOIRE DU PROFESSEUR DEPAUL. — Patronage de Dom Pedro d'Alcantarara. — *Comité d'honneur* : MM. les Docteurs Moutard-Martin, Brouardel, Hergott, Bouchacourt, Bouchard, Bailly, Champetier de Ribes, J. Championnière, Doleris, Faisans, Guéniot, Guyon, Lannelongue, Martel, Pédebidou, Pénard, Porak, Ribemont-Dessaignes. — *Comité d'exécution* : Président d'honneur : M. Lahitte, maire de Morlàas ; Président : M. le Dr Charpentier, membre de l'Académie de médecine ; Vice-Présidents : MM. les Drs Marque, de Morlàas, Cogombles, de Pau, Foix, de Sallies-de-Béarn ; Secrétaire général : M. le Dr Lahillonne, de Pau ; Secrétaire : M. le Dr C. Robert, de Pau ; Trésorier : M. A. Labille, de Pau ; MM. Batbedat, président de l'Association médicale des Basses-Pyrénées ; Lafont, député des Basses-Pyrénées ; Quintaa, député des Basses-Pyrénées ; Hameau, vice-président de l'Association médicale de la Gironde ; Derrécagaix, président de l'Association amicale Béarnaise et Basquaise de Paris ; Hounaud, président de l'Association amicale Béarnaise et Basquaise de Bordeaux.

HOPITAUX POUR LES DIPHTÉRIQUES A PARIS. — M. le Pr Grancher a lu, à la dernière séance du Comité consultatif d'Hygiène publique de France, un rapport sur la question de savoir s'il y a lieu de créer en dehors de Paris des *hôpitaux spéciaux pour les diphtériques*. En voici les conclusions : 1° Il n'y a pas lieu de créer hors de Paris un hôpital de diphtériques ; 2° Il y a des réformes importantes à apporter dans les services hospitaliers où sont recueillis les diphtériques ; 3° Des mesures doivent être prises pour empêcher le transport des diphtériques dans les voitures publiques ou, au cas où ce transport n'aurait pu être empêché, pour rendre inoffensives les voitures ; 4° Il y a lieu de recommander la création en dehors de Paris d'un service d'enfants diphtériques convalescents.

LES BOURSES DE LICENCE. — MM. Jacques et Maurice Faure ont l'intention de déposer à la Chambre des Députés une proposition concluant à la suppression des bourses de licence. Les auteurs de la proposition estiment qu'il est inutile de continuer d'imposer des sacrifices à l'Etat pour faire de nouveaux licenciés, alors que plus de cinq cents d'entre eux attendent vainement un poste.

L'HYGIÈNE DE LA VILLE DE CAEN. — On n'a pas oublié sous quel aspect M. Brouardel présentait la situation de la ville de Caen dans un récent rapport sur la fièvre typhoïde au Comité d'hygiène. On se souvient qu'il reprochait, à ce propos, aux médecins de cette ville de ne point indiquer les causes de décès de nombre de leurs malades. M. le maire de Caen vient de publier une lettre en réponse au rapport de M. Brouardel. Il établit que, au point de vue des décès par fièvre typhoïde, l'état sanitaire de Caen est satisfaisant. Si la ville occupe, au point de vue de la mortalité générale, le rang inférieur que M. Brouardel a indiqué, cela est dû, dit-il, à la présence de deux établissements qui la chargent d'une mortalité plus grande que celle qu'elle aurait en réalité. Ces deux établissements sont : l'un une maison d'aliénés et l'autre la maison centrale pénitentiaire de Beaulieu. Comme M. Brouardel, le maire de Caen *déplore le silence gardé par les médecins sur les causes de décès*, mais il déclare qu'ayant lui-même recherché ces causes, il a pu se convaincre qu'elles ne s'appliquaient qu'en très petit nombre à des maladies infectieuses.

POÊLES MOBILES. — A l'une des dernières séances du Comité consultatif d'Hygiène publique de France, M. le Dr Chantemesse a lu sur les *poêles mobiles* les conclusions d'un rapport très fouillé. 1° Il y a lieu de signaler particulièrement les dangers de la mobilité des poêles à combustion lente. 2° L'installation d'un poêle à combustion lente dans une pièce doit être précédée d'une enquête faite par l'architecte du locataire ou du propriétaire de la maison pour s'assurer que la ventilation de la pièce est suffisante, que le coffre de la cheminée ne communique pas avec celui d'autres cheminées voisines, enfin que des ouvertures telles que celles des ventelles dites de ventilation ne permettent pas aux gaz toxiques contenus dans le coffre de la cheminée de refluer dans la chambre.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr J. SERNEY (de Gand). — M. le RASQUINET DE JUPILLE (de Liège). — M. le Dr MAREC, ancien médecin principal de la marine.

Phthisie, Bronchites chroniques. —EMULSION MARCHAIS.

Phthisie. VIN DE BAYARD à la peptone phosphatée, le plus puissant reconstituant de la thérapeutique. Une à deux cuillerées par repas.

PEPTONATE DE FER ROBIN. — 10 à 20 gouttes par repas. (Chloro-Anémie).

Précieuse. Source de VALS, très efficace contre les affections du Foie et de la Vessie. (Calculs, Gravelle, Diabète, Goutte, etc.) *Prescrite par les Médecins des Hôpitaux de Paris.*

Albuminate de fer soluble (LIQUEUR DE LAPRADE) le plus assimilable des ferrugineux (Pr Gubler). Une cuillerée à chaque repas. Chlorose et troubles de la menstruation, c'est le fer gynécologique par excellence.

Dyspepsie. — VIN DE CHASSAING. —*Pepsine.* — *Diastase.*

ANÉMIE LA BOURBOULE Enfants débiles, voies respiratoires MALADIES DE LA PEAU, RHUMATISMES DIABÈTE

Avis à nos lecteurs.

Nous rappelons à nos lecteurs, à nos abonnés et à nos collaborateurs que tout ce qui concerne la rédaction (livres, journaux, manuscrits, communications, etc.) *doit être adressé au Rédacteur en chef, et tout ce qui concerne l'Administration* (abonnements, librairie, annonces, changements d'adresse, mandats) *à M. Hippolyte Durand.*

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

© ANM

18e ANNÉE — 2e SÉRIE. T. XII. N° 47. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 22 NOVEMBRE 1890.

Le Progrès Médical

OPHTALMOLOGIE

Un quart de siècle consacré au perfectionnement de l'extraction de la cataracte ;

Leçon clinique de M. L. de WECKER, du 10 juillet 1890, recueillie par le Dr R. MORIEZ, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier.

Messieurs,

Je suis heureux de voir parmi mes auditeurs M. le professeur Knapp qui, comme moi, a consacré, pendant ces vingt-cinq dernières années, des soins tout particuliers aux malades atteints de cataracte, s'efforçant de les faire bénéficier des merveilleux progrès qu'a faits la chirurgie oculaire.

Il y a juste vingt-cinq ans que de Græfe (*Archiv.*, XI, 3, p. 24) a publié son nouveau procédé d'extraction qui est encore désigné sous le nom de procédé de Græfe bien qu'il ait subi les modifications les plus radicales. Ce procédé généralisa la combinaison de l'iridectomie à l'extraction et réussit pendant quelque temps à faire abandonner les extractions simples.

Actuellement encore on appelle opération de de Græfe, dans la plupart des statistiques, des procédés qui s'écartent de la méthode primitive du maître bien plus que l'extraction simple ne s'écarte de l'opération de Daviel dont le nom n'est pourtant guère mentionné.

Les modifications à l'opération primitive de de Græfe étaient d'autant plus aisées que la description du procédé était peu précise. De Græfe avait dû accompagner cette description d'un dessin : « Le point A (la ponction), dit-il, doit se trouver en général à 1/2 ligne de la limite cornéenne et à 2/3 de ligne au-dessous de la tangente au sommet de la cornée. Avec une pareille ponction et une contre-ponction symétrique en B, on obtient une plaie de la longueur de 4 lignes 1/2 à 4 lignes 3/4. » .

Cette section en boutonnière presque entièrement placée dans le tissu opaque péricornéen a subi rapidement des modifications, portant surtout sur sa situation périphérique, ainsi que sur la hauteur du lambeau qui primitivement ne devait pas dépasser 1 ligne et demi à 2 lignes. Ainsi modifié le procédé de de Græfe se généralisa au point que les rares fidèles de l'extraction simple à grand lambeau, comme Hasner, passèrent pour des arriérés aux yeux de la génération nouvelle.

Une première tentative de retour à l'ancien procédé fut faite en 1871 par Liebreich, qui abandonna l'iridectomie et fit une section placée en bas en pleine cornée, section qu'on réédita sept ans après en la transportant au-dessus du diamètre horizontal. Mais la section de Liebreich empiétait encore sur la partie non transparente de la cornée et présentait tous les inconvénients des lambeaux très peu élevés, comme celui indiqué par Lebrun en 1872, à savoir le défaut d'entre-bâiller la plaie pour une sortie aisée du cristallin. Il faut toutefois reconnaître à Lebrun le mérite d'avoir, lui le premier, renoncé à l'empiétement sur la sclérotique, empiétement que nous considérons comme un vice opératoire.

C'est dix ans après l'apparition de l'opération de de Græfe que je fis campagne pour une section empruntée aux anciens procédés à lambeau et que je présentai une statistique nombreuse au Congrès d'Heidelberg. Ainsi, il y a quinze ans, je faisais déjà ressortir les avantages de l'extraction simple sur l'extraction combinée qui expose aux enclavements capsulaires, aux pincements périphériques de l'iris et à l'ophtalmie migratrice.

Etait-ce un retour complet à ce que nous avaient enseigné Arlt, Sichel, Desmarres, qui tranchaient presque la moitié de la cornée en restant à un millimètre au-dessus du diamètre cornéen ? Non, car nous pensions et nous pensons encore qu'un pareil lambeau est trop grand et qu'en le réduisant on peut encore faire bénéficier les opérations de l'emploi de la pince à fixation et de l'écarteur, deux instruments qui ont été les plus puissants propagateurs des procédés linéaires combinés.

J'ai indiqué, en présentant mon procédé à l'Académie des sciences en 1875, qu'il fallait détacher un tiers de la cornée au lieu de la moitié (ou presque la moitié) ainsi que l'on avait eu l'habitude de le faire avant l'introduction de l'extraction linéaire.

J'ai eu tort de dire *tiers de la cornée*, car tout en indiquant comme hauteur de mon lambeau le tiers du diamètre, c'est-à-dire 4 millimètres (sur une cornée de 12 millimètres de diamètre), cette expression de *tiers de la cornée* a prêté à la confusion et excité le désir d'une nouvelle modification. La réduction de la section cornéenne de *la moitié au tiers* pouvait paraître excessive et pour choisir un chiffre intermédiaire entre la moitié et le tiers on a proposé de prendre *les deux cinquièmes*.

Or il y avait évidemment un malentendu, et si je considérais comme *tiers de la cornée* un lambeau ayant comme hauteur le *tiers du diamètre* de la cornée, je ne disais nullement que la flèche de 4 millimètres correspondait à un arc équivalent au *tiers de la circonférence*, sachant bien que dans un cercle c'est le *quart* et non le *tiers* du diamètre qui représente la flèche d'un arc équivalent au tiers de la circonférence.

Quand j'ai déclaré (Traité complet, T. II, p. 1013) que le détachement des deux cinquièmes de la cornée était un terme peu net à l'esprit, je pensais qu'on proposait de mesurer les deux cinquièmes sur le diamètre de la cornée (ce qui n'est pas déjà si aisé quand on veut l'exécuter sur une ligne droite avec un compas) et non sur la circonférence de la cornée (ce qui devient presque impraticable ainsi qu'on peut s'en assurer en cherchant sur le cadran d'une montre, sans se guider sur les chiffres, l'arc correspondant à 24 minutes, c'est-à-dire aux deux cinquièmes du cadran).

On pourra répondre à cela que non seulement Critchett et Bowman, mais que moi-même, nous avons choisi *le tiers de la circonférence* pour certaines extractions et que cette délimitation présente le même inconvénient, car les points de repère sont aussi nécessaires en chirurgie oculaire qu'en chirurgie générale.

Mais pour ce qui concerne nos confrères anglais qui se servaient de couteaux lancéolaires et se guidaient d'après leur pénétration sur le limbe (*margin*) de la

© ANM

cornée, cette mensuration était déjà facilitée par l'emploi d'une lance appropriée aux dimensions de la cornée et qui, ayant pénétré jusque vers le bas de la chambre antérieure, permettait de construire avec ses côtés et la section cornéenne le triangle équilatéral indiquant le partage de la circonférence de la cornée en trois parties égales.

Quand on emploie comme nous le couteau droit, rien n'est plus facile que d'arriver à sectionner le tiers de la circonférence ; il suffit pour cela de prendre la moitié supérieure du rayon vertical ou le quart du diamètre. Mais où trouver des points de repère pour les deux cinquièmes de la circonférence ? Ces deux cinquièmes ne correspondent à aucune fraction nette du diamètre vertical. Ils correspondent à une fraction de ce diamètre qui en dépasse le tiers d'un peu plus d'un dixième de millimètre, (le tiers du diamètre étant de 4 millimètres, la flèche des deux cinquièmes de la circonférence est de 4 mill. 145.)

Si on se guide sur le diamètre horizontal on ne peut pas non plus, ainsi que nous le faisons, rester sur une cornée de 12 millimètres de diamètre exactement à 2 millimètres au-dessus. Il faut mesurer 1 mill. 855 au-dessus du diamètre horizontal pour obtenir les deux cinquièmes de la circonférence. Ici tout est donc remis à une appréciation approximative.

Il est assurément plus pratique de s'en tenir comme mesure à une quantité fixe représentée par le tiers du diamètre, au lieu « d'osciller, ainsi que le propose M. le professeur Panas, entre le tiers et les deux cinquièmes de la circonférence. » Car, comme je l'ai déjà exposé ailleurs (Manuel, p. 539), la différence entre mon lambeau et celui de M. Panas est absolument négligeable. Le lambeau du tiers du diamètre comprend un arc de 141° 3'; les deux cinquièmes de la circonférence correspondent à un arc de 144°, différence insignifiante.

Cette question de la grandeur précise du lambeau a son importance, car il faut en retournant au lambeau ancien ne pas en adopter les dimensions excessives et ne pas se priver des avantages acquis pendant la période de vogue des extractions linéaires.

Nous ne devons abandonner ni la sécurité plus grande de l'opération, ni la sécurité plus grande de l'opéré. Si on veut obtenir une exacte coaptation, une guérison plus rapide avec moins de prolapsus de l'iris, il faut se mettre d'accord sur *une délimitation exacte des dimensions du lambeau* que je pense avoir bien précisée en choisissant le tiers du diamètre, soit un maximun de 4 millimètres de hauteur.

Ce chiffre doit être maintenu, on ne doit ni le dépasser ni l'amoindrir. Et comme je crois qu'un pareil lambeau n'a de tendance ni à se renverser spontanément ni à se coapter moins bien que les sections de moindre hauteur, j'ai même pour les extractions combinées complètement renoncé au lambeau de 3 millimètres de hauteur c'est-à-dire à une section du *tiers* de la circonférence.

Le reproche qu'on a fait à ma section d'être insuffisante pour certaines cataractes très volumineuses (cataractes très foncées ou noires) est justifié jusqu'à un certain point, aussi ai-je cherché d'y remédier en déplaçant ma section afin de faciliter la sortie de ces cataractes volumineuses, ou pour échapper à la fragmentation de certaines cataractes trop mûres dont le bord se casse lorsqu'elles ne glissent pas très librement à travers la section.

En prenant pour base de mon lambeau exactement le *diamètre horizontal de la cornée, et en lui donnant une hauteur de 4 millimètres*, c'est-à-dire en restant avec le sommet du lambeau qui se dirige autant que possible vers la limite transparente de la cornée, à 2 millimètres de son sommet, j'obtiens un passage aussi aisé que possible pour toute cataracte, quelque volumineuse qu'elle soit. Ce lambeau, ayant 12 millimètres de base, ne se renverse pas spontanément, ne glisse pas sous l'action des mouvements des paupières et donne aussi, avec une très grande ouverture, une coaptation excellente de la plaie.

Nous voilà donc, après 25 ans de recherches pendant lesquels des milliers d'extractions ont été pratiquées par nous, arrivés à un résultat qui ne paraît pas différer sensiblement de ce que nos maîtres Arlt, Sichel et Desmarres nous avaient enseigné. Pourtant nous avons démontré, et j'espère d'une façon irréfutable, qu'il ne faut jamais plus tailler un lambeau en deçà ou au delà de 4 millimètres de hauteur, et qu'on ne doit jamais plus abandonner pour les sections le tissu transparent de la cornée. Car si au lieu d'avoir à déplorer, comme nos maîtres, pourtant si prodigieusement habiles, 10 0/0 de suppurations, ces suppurations ont en quelque sorte complètement disparu, cela n'est pas exclusivement dû à l'antisepsie rigoureuse dont nous nous servons actuellement. Déjà avant l'emploi des antisepsiques, de Græfe était arrivé, avec une plaie se coaptant bien mieux que les anciennes sections à réduire, les suppurations à 5 0/0 et ce ne sont que ces derniers 5 0/0 que l'antisepsie à éliminés.

Il est donc indispensable de conserver tous les avantages d'une exacte coaptation qui est un des principaux résultats des efforts faits par de Græfe.

Les cinq derniers lustres nous ont encore gratifié de l'anesthésie locale par la cocaïne qui donne une facilité d'exécution dont nos prédécesseurs ne se doutaient guère et qui nous aide à obtenir véritablement l'idéal de l'opération dans les cas favorables sans avoir besoin de recourir à l'extraction périlleuse du cristallin dans sa capsule.

Ainsi on peut actuellement. arracher la matrice du cristallin, la capsule antérieure, expulser par le lavage, après la sortie du noyau, toutes les masses corticales, empêcher, par une simple instillation ou par l'introduction d'ésérine dans la chambre antérieure avec la solution qui sert au lavage, les prolapsus de l'iris et même tout accolement de cette membrane à la cicatrice.

Si nous prenons les statistiques de nos prédécesseurs sur 100 opérés, dix perdaient les yeux par suppuration, dix autres par irido-choroïdite, hémorragie, etc. ; actuellement, la suppuration étant devenue un facteur négligeable, nous avons encore à rogner sur les dix autres pertes qui, même dans les statistiques les moins favorables, se réduisent à 5 ou 6 0/0.

On peut donc dire qu'en opérant actuellement un millier de malades (ce que certains opérateurs font en deux ou trois ans), on rend la vue à 150 malades de plus qu'il y a 25 ans.

A part l'utilité si grande de l'antisepsie, les modifications en apparence si peu considérables de la technique opératoire ont donné un résultat des plus heureux pour les malades et des plus satisfaisants pour l'opérateur.

Ici donc malade et médecin peuvent se féliciter d'être fin de siècle.

© ANM

THÉRAPEUTIQUE

Sur le Sulfonal chez les aliénés *(suite)* (1) ;

par J. ROUBINOVITCH, interne à Ste-Anne.

Obs. II. — La nommée A...ry, Angélina, âgée de 28 ans, lingère, est atteinte de dépression lypémaniaque avec hallucinations et idées de persécution. Dans les antécédents héréditaires on ne trouve rien à noter. Dans les antécédents personnels on relève des accidents hystériques : boule, étouffements, etc. A l'âge de 20 ans elle a subi une ovariotomie, et c'est à partir de cette époque que se déclarent chez elle des idées de tristesse et de persécution. Tentative de suicide, au mois de mars 1888, au moyen d'un réchaud. Entend des voix qui lui reprochent sa conduite et qui l'insultent. Actuellement, délire très intense, sommeil nul. Le tableau qui suit donne une idée de l'emploi du sulfonal dans ce cas.

Obs. II. — A.....ry. — *Délire mélancolique.*

Jour d'administrat° du sulfonal.	Dose	Combien d'heures après A.....ry s'est-elle endormie ?	Nombre d'heures de sommeil obtenu.	Phénomènes insolites concomitants ou consécutifs.
22 déc. 89	2 gr.	2 h.	9 h. 1/2	—
23 —	1 gr.	2 h. 1/2	8 h.	—
24 —	1 gr.	2 h.	8 h. 1/2	—
25 —	0 gr. 50	—	4 h.	—
26 —	1 gr.	2 h.	8 h.	—
27 —	1 gr.	3 h.	7 h.	—
28 —	0 gr. 25	—	6 h.	—
29 —	0 gr. 25	—	5 h.	—
30 —	0 gr. 25	—	4 h.	—
10 janv. 90	3 gr.	1 h.	10 h.	Somnolente pendant toute la journée du 11.
11 —	1 gr.	1 h.	9 h.	—
12 —	1 gr.	1 h.	9 h.	—
13 —	0	—	7 h.	—
14 —	0	—	6 h.	—
15 —	0	—	6 h. 1/2	—

L'effet du sulfonal, dans ce cas, était d'autant plus remarquable que la malade souffrait d'une insomnie absolue et la première nuit, avec 2 grammes de ce médicament, elle a dormi 9 heures et demi. La dose de 3 grammes, qui était évidemment excessive, a produit chez elle un sommeil très lourd et prolongé pendant 10 heures ; en outre, pendant toute la journée, elle était somnolente et fatiguée. La suppression totale du médicament produisait nettement une diminution sensible dans le nombre d'heures du sommeil. En employant la méthode du Pr Mairet, comme l'indique le tableau, on pouvait prolonger le traitement pendant neuf jours consécutifs sans observer le moindre accident.

Obs. III. — La nommée P...an, Hermance, âgée de 32 ans, couturière, est atteinte de délire mélancolique avec excitation, craintes, lamentations, insomnie. Elle a fait une tentative de suicide en se jetant du second étage. Fractures multiples des membres inférieurs et du bras gauche ; eschare très profonde à la partie inférieure de la région dorsale. Dans ce cas, nous nous sommes servi en même temps de la morphine en injections hypodermiques et du sulfonal par la bouche. Le sulfonal seul, même à la dose de 3 grammes, ne pouvait jamais produire chez cette malade du sommeil ; pour obtenir cet effet il fallait d'abord calmer la douleur, due aux fractures, par des injections de morphine à la dose de 1 à 2 centigrammes. C'est à cette condition qu'avec 2 grammes de sulfonal on arrivait à procurer à la malade de 5 à 6 heures de sommeil par nuit. La morphine seule calmait la douleur, mais ne produisait aucun effet soporifique. A part l'état grave de la malade, à cause de ses fractures et son eschare, nous n'avons observé aucun accident qu'on pourrait rattacher au sulfonal qui a été donné pendant quinze jours consécutifs à la dose variant de 1 à 3 gr. En outre, nous avons pu constater que ce médicament, donné dans la journée à dose fractionnée de 25 centigrammes, d'heure en heure, ne calmait nullement les sensations douloureuses.

Obs. IV. — La nommée G....d, Marie, âgée de 43 ans, employée de commerce, est atteinte de délire lypémaniaque avec excitation, préoccupations hypocondriaques et hallucinations de la sensibilité générale. La nuit elle déclame. On lui donnait presque tous les soirs 1 à 2 grammes de chloral qui lui procurait ordinairement 3, 4 heures de sommeil. Pendant quinze jours, nous la mettons au sulfonal, à la dose variant de 1 à 2 grammes. Elle s'endormait généralement une heure après avoir pris le médicament. Le 25 décembre, nous avons pu constater une modification dans le pouls deux heures après l'ingestion de 2 gr. du médicament ; au moment de l'administration, le pouls était de 80, et deux heures après il paraissait plus plein, presque bondissant et le nombre de pulsations était de 108. Cette suractivité du côté du pouls existait encore une heure après ; puis, au bout d'une demi-heure, il est redevenu à peu près comme auparavant. Le nombre d'heures de sommeil variait entre 5 et 8 heures, c'est-à-dire le double de ce que produisait la même dose du chloral. Nous n'avons relevé aucune manifestation insolite.

Obs. V. — La nommée B...ni, Dominica, couturière, âgée de 23 ans, est atteinte de manie aiguë avec désordre des idées et des actes ; cris, chants, insomnie. Irritabilité depuis 3 ans avec crises hystériformes à chaque époque cataméniale. Rêves et cauchemars avec éléments de frayeur. Son attitude dans le service se résume ainsi : jour et nuit elle frappe à la porte de sa cellule, chante ou crie, maltraite les infirmières. Elle présente, à l'auscultation, un souffle anémique très net, le pouls, parait un peu faible, mais régulier. Il a été donné à cette malade 20 doses de sulfonal variant entre 5 et 2 grammes. Le sommeil ne pouvait être obtenu qu'à la dose de 3 grammes au moins ; il arrivait tantôt trois quarts d'heure après l'ingestion du médicament, tantôt l'effet ne se déclarait que six heures après ; il durait d'un quart d'heure à 11 heures. La première dose que nous lui avons administrée était de 3 grammes ; elle s'est endormie 4 h. 1/2 après et elle a dormi 3 heures sans s'éveiller ; puis elle s'est relevée brusquement, s'est mise à pleurer et quelques instants après à rire ; elle se sentait étourdie, peu solide sur ses jambes ; elle se plaignait d'avoir la tête lourde, une heure après elle paraissait endormie de nouveau ; ce calme a duré trois quarts d'heure à peu près, et à partir de ce moment jusqu'au matin elle était excitée comme d'habitude. Vue et examinée dans la journée elle ne présentait aucune modification dans sa marche et son mal de tête n'existait plus. Nous avons donné, une fois, la dose de 5 *grammes* à titre d'essai ; le sommeil est venu trois quarts d'heure après ; et déjà un quart d'heure après l'ingestion B...ni est devenue taciturne ; elle s'est mise dans un coin de sa cellule, et là, assise, elle tenait sa tête appuyée contre le mur ; elle se plaignait d'étourdissement, d'un sentiment de fatigue et manifestait le désir de dormir. Elle s'est endormie, en effet, et nous avons pu constater chez elle une rougeur de la face qui contrastait singulièrement avec sa pâleur ordinaire. Elle a dormi 11 heures de suite, sans changer d'attitude, sur son matelas ; son pouls de 90, était, une heure après l'ingestion, de 102 à 108. Examiné trois heures après, le pouls était de 96 ; au réveil, il paraissait plus faible au toucher et on comptait 100-102 pulsations par 1'. La t°., qui était avant l'ingestion du sulfonal de 37°3, était, quatre heures après, de 37°6. En même temps, nous avons pu constater que le nombre de respirations par 1' s'est augmenté deux heures après l'ingestion, et de 18 il est devenu 24. Cette accélération dans la respiration existait jusqu'au réveil ; nous avons constaté, à ce moment un abattement très prononcé ; elle portait sa main vers le creux épigastrique ; elle avait des nausées ; la tête était lourde et elle se sentait comme ivre. Nous avons essayé de la lever, mais elle trébuchait sur ses jambes et ne pouvait se tenir debout. Elle bavardait d'une voix douce et disait en riant : « Je suis saoule ». Deux heures après elle a mangé sa soupe, mais paraissait encore étourdie ; sa sensibilité cutanée, cependant, était intacte et les réflexes rotu-

(1) Voir *Progrès Médical*, nos 26 et 44, p. 514, 1890.

© ANM

liens parfaitement conservés. Toute la journée elle paraissait plus calme, mais le soir elle s'est excitée de nouveau et jusqu'à minuit elle criait dans sa cellule et frappait la porte avec ses mains ; à minuit elle s'est endormie pour trois heures sans qu'on lui donne un hypnotique.

Nous avons pu examiner chez cette malade les urines avant et pendant le traitement. La réaction était acide dans les deux cas ; jamais nous n'avons constaté des différences sensibles du côté de la densité de l'urine ou de la quantité d'urée : la première variait avant le traitement entre 1018 et 1020, et à la suite du sulfonal nous observions les mêmes chiffres ; l'urée était de 17 par litre.

Les jours qui suivaient l'administration du sulfonal, la malade paraissait un peu moins excitée, quand les doses variaient entre 3, 4 grammes. Avec la dose de 2 grammes, le sommeil arrivait très tard et durait à peine une heure ; une fois même il n'a duré qu'un quart d'heure. En résumé, la dose d'élection nous a paru être dans ce cas particulier de 3 grammes avec lesquels on pouvait obtenir en moyenne de 4 à 6 heures de sommeil et de calme.

Voici le tableau qui résume ce cas :

Obs. V. — B.....ni. — *Manie aiguë.*

Jour d'administrat° du sulfonal.	Dose.	Combien d'heures après B.....ni s'est-elle endormie ?	Combien d'heures a-t-elle dormi ?	Phénomènes insolites concomitants ou consécutifs.
2 janv. 90	3 gr.	4 h. 1/2	3 h. 1/2	Légère excitation avec étourdissement, faiblesse dans les jambes, troubles passagers.
3 —	2 gr.	5 h.	3/4 h.	—
4 —	2 gr.	6 h.	1/4 h.	—
5 —	2 gr.	5 h. 1/2	1 h.	—
6 —	3 gr.	4 h. 1/2	3 h.	—
7 —	0	—	—	—
8 —	0	—	—	—
9 —	5 gr.	3/4 h.	11 h.	Pendant 12 h., nausées, ivresse, impossibilité de marcher, mais pas de troubles de la sensibilité cutanée.
10 —	0	—	3 h.	—
11 —	4 gr.	2 h.	9 h.	Le 12, mal à la tête, trébuche. Excitée comme d'habitude.
13 —	3 gr.	2 h. 1/2	8 h.	—
14 —	4 gr.	2 h.	8 h.	Le 15, a refusé de manger le matin ; le soir l'appétit revenu.
16 —	3 gr.	3 h. 1/2	4 h.	—
17 —	3 gr.	4 h.	5 h. 1/2	—
18 —	3 gr.	3 h.	7 h.	—
20 —	4 gr.	1 h. 1/2	8 h.	Le 21, a vomi le matin son café au lait ; le soir va bien.
22 —	3 gr.	4 h.	6 h. 1/2	—
23 —	2 gr.	5 h. 1/2	1 h.	—
24 —	2 gr.	6 h. 1/2	1/2 h.	—
25 —	2 gr.	5 h.	1/4 h.	—
26 —	3 gr.	3 h. 1/2	4 h.	—
27 —	3 gr.	4 h.	7 h.	—
28 —	3 gr.	4 h.	3 h. 1/2	—
29 —	0	—	1 h.	—
30 —	0	—	—	—

Les accidents légers observés dans ce cas tenaient évidemment à des doses trop élevées, au-dessus de 3 grammes ; ces accidents — faiblesse des jambes, nausées — ne se prolongeaient jamais au delà de 12 heures. Quant à la dose de 3 grammes elle était très utile, car elle pouvait être donnée plusieurs jours sans provoquer le moindre malaise chez B...ni, tout en lui procurant plusieurs heures de repos.

Obs. VI. — La nommée P...od, Jeanne, femme de chambre, âgée de 26 ans, est atteinte d'excitation maniaque avec désordre dans les idées et dans les actes, loquacité, propos incohérents, insomnie. Accouchée depuis 8 jours. Pas de fièvre. Le 26 janvier 1890 on lui donne 2 grammes de sulfonal et deux heures après elle s'est endormie d'un sommeil calme, sans rougeur de la face, sans aucune manifestation particulière du côté du pouls ou de la t°. Le système respiratoire ne s'est pas modifié. Elle a dormi en tout 8 heures avec des intervalles de réveil pendant une demi-heure à trois quarts d'heure. Le matin, au moment de la visite, on a constaté une légère hébétude ; une heure après, son excitation habituelle montrait qu'elle était totalement éveillée. La malade a reçu en tout 4 doses de sulfonal à 2 grammes et chaque fois on obtenait le même résultat satisfaisant, sans aucune atteinte de l'état général qui continuait à être bon.

Obs. VII. — La nommée P...n, Léontine, âgée de quarante-deux ans, est atteinte de manie chronique. Elle se trouve dans le service depuis cinq ans. Commencement d'artério-sclérose. Elle est continuellement excitée ; hallucinations multiples et confuses ; elle est violente, emportée ; crie, chante ; insomnie qui ne cédait qu'à 3 grammes de chloral. Le 15 décembre, nous essayons le sulfonal à la dose de 1 gramme qui lui a été donné, dans son potage, à 6 heures du soir. Le sommeil n'est venu que vers 10 heures du soir ; il a duré sans interruption jusqu'à 4 heures du matin, c'est-à-dire 6 heures. Elle s'est réveillée et pendant un quart d'heure elle paraissait légèrement hébétée ; puis elle s'est excitée d'une façon très violente ; son facies n'est pas devenu rouge et le pouls, qui était jusqu'à ce moment à 80, battait de 80 à 86. Elle est devenue un peu plus calme deux heures après. Cette malade a reçu 16 fois la dose de 1 gramme, 10 fois la dose de 2 grammes et 5 fois nous avons essayé de lui donner le médicament à doses fractionnées, dans le jour, pour calmer son état maniaque. Avec la dose de 1 gramme nous avons enregistré deux insuccès : le sommeil était presque nul ; mais les quatorze autres doses de 1 gramme produisaient un sommeil qui durait toujours plus de 4 heures, et une fois il a même duré plus de 7 h. 1/2. Cette dose provoquait toujours une légère hébétude au réveil, qui se dissipait un quart d'heure ou une demi-heure après sans déterminer de suractivité dans la circulation sanguine générale. La dose de 2 grammes agissait très rapidement : une heure ou une heure et demie après l'ingestion, le sujet s'endormait très profondément. La durée du sommeil était de 8 à 11 heures sans interruption et, au réveil, la malade paraissait hébétée pendant 2 heures ; puis elle reprenait son état habituel. Son appétit était excellent pendant tout le temps du traitement et nous n'avons pas eu à enregistrer des troubles gastro-intestinaux. Les doses fractionnées données à la dose de 0 gr. 25 centigr., quatre fois par jour, nous ont paru calmer l'excitation de la malade et déterminer de la somnolence ; les nuits qui suivaient l'administration de ces doses fractionnées étaient, deux fois sur cinq, plus calmes sans qu'on ait recours à un hypnotique quelconque.

Cette observation que nous avons suivie avec beaucoup d'attention nous a engagé de donner le sulfonal à d'autres maniaques chroniques.

Obs. VIII. — La nommée He...n, Félicité, casquetière, âgée de 35 ans ; en traitement à Sainte-Anne depuis 10 ans, pour un état d'excitation maniaque chronique. Pendant toute la nuit, elle prononce des monologues inintelligibles. Souffle au premier temps avec prolongation dans les carotides. Chez cette malade nous n'avons pas dépassé la dose de 1 gramme que nous avons répétée trente fois. Ainsi, nous lui avons donné, le 17 décembre, à 5 h. 1/2 du soir, 1 gramme de sulfonal dans son potage. Elle s'est couchée à 7 h., et à 8 h., c'est-à-dire 2 h. et 1/2 après l'ingestion, nous l'avons trouvée profondément endormie. De même, dans nos tournées de 10 h. du soir, de minuit et 1/2 et de 3 h. 1/2 du matin, nous avons pu constater que le sommeil continuait sans interruption, jusqu'à 5 h. du matin. Chez elle nous n'avons constaté aucune modification du côté de la coloration de la face, ni du côté du pouls ou de la respiration. Nous avons donné le sulfonal à cette dose

© ANM

avec des intervalles de trois jours, pendant lesquels la malade ne prenait aucun hypnotique ; mais la suppression du médicament se manifestait très exactement par une insomnie habituelle. Les urines étaient examinées quatre fois ; elles ne présentaient aucune modification intéressante. Le poids, qui était, le 16 décembre 1889, de 50 kilos, était, le 30 janvier 1890, de 50 kilos 1/2.

Obs. IX. — La nommée M....e, Catherine, âgée de 56 ans, est atteinte, depuis quinze ans, d'excitation maniaque avec hallucinations de l'ouïe (elle entend la voix de son mari qui est dans la maison) et idées de persécution (on lui fait des injures), insomnie contre laquelle on ne réussit qu'avec 3 gr. de chloral. Artério-sclérose très prononcée. Le volume du cœur est légèrement augmenté. Le 19 décembre, on lui donne 1 gramme de sulfonal à 6 h. du soir. Elle s'est endormie à 9 h. et a dormi jusqu'à 11 h. du soir. Le reste de la nuit, elle bavardait. Le 20, nous lui avons donné 2 grammes de sulfonal ; à 9 h. du soir elle dormait, et le sommeil a duré 7 h. Au réveil, on a pu constater une hébétude durant deux heures. Le 21 décembre, on lui a donné 1 gr. 50 centigr. de sulfonal ; elle s'endort 2 h. après l'ingestion et dort 8 h. de suite. Mêmes phénomènes d'hébétude au réveil. Pas de nausées, ni de vomissements. La malade mange avec bon appétit. Nous avons encore répété plusieurs fois (en tout 10) la dose de 1 gr. 50 centigr., avec laquelle nous obtenions toujours un effet favorable, au moins aussi favorable qu'avec 3 grammes de chloral.

Obs. X. — La nommée P....ier, Emilie, âgée de 34 ans, est atteinte d'excitation maniaque chronique avec désordre dans les idées, les actes ; elle déchire ses vêtements, chante, crie la nuit. A première vue, paraît débile. A 26 ans, elle a eu des crises rappelant l'hystéro-épilepsie. Grand-oncle maternel mort vésanique. On traitait jusqu'à présent l'insomnie par le chloral, à dose de 3 grammes, qui procurait 8 h. de sommeil. Le 18 décembre 1889, on lui donne 1 gramme de sulfonal à 6 h. du soir. Elle s'est endormie 3 h. après et a dormi durant 2 h. ; le restant de la nuit elle était très excitée. Le lendemain, nous lui donnons 2 grammes qui ont provoqué le sommeil 4 h. après, mais le sommeil s'est prolongé pendant 5 h. 1/2. Le lendemain matin, nous n'avons observé aucun phénomène anormal. Les jours suivants, on donnait de 1 gr. 50 à 2 grammes, mais le nombre d'heures de sommeil étant toujours inférieur à 8, nous avons essayé le 12 janvier 1890 de lui donner 3 grammes de sulfonal. Avec cette dose, nous avons obtenu 9 heures de sommeil, mais, toute la journée du 13, la malade paraissait très abattue et fatiguée ; elle a refusé de prendre ses aliments ; le 14, quand nous avons mis le sulfonal dans son potage, la malade a reconnu la présence du médicament et a refusé de manger. Le 18 janvier, elle a pris facilement 2 gr. de sulfonal qui lui a donné 4 h. de sommeil.

Obs. XI. — La nommée P....re, Marie, âgée de 48 ans, en traitement depuis 6 ans à Sainte-Anne, est atteinte de manie chronique. Artério-sclérose très manifeste. Troubles dyspeptiques depuis fort longtemps en rapport avec la quantité considérable de chloral absorbé dans le but de combattre l'insomnie, à la dose qui n'est jamais inférieure à 3 grammes. Pendant deux semaines, elle recevait tous les deux jours 1 gr. 50 centigr. de sulfonal ; le sommeil arrivait plus tard qu'avec le chloral, trois heures après l'ingestion, mais il durait plus longtemps, de 7 à 9 heures, et ne s'accompagnait d'aucun phénomène du côté des vasomoteurs ; il n'existait pas non plus d'hébétude au réveil. Nous avons pu vérifier, en outre, l'utilité du remplacement, dans ce cas, du chloral par le sulfonal ; déjà, au bout de 8 jours de traitement, l'appétit de la malade s'est amélioré et elle ne se plaignait plus de douleurs dans la région de l'hypogastre gauche.

Obs. XII. — La nommée Gr...i, âgée de 53 ans, est atteinte d'excitation maniaque chronique depuis 15 ans. Elle a reçu 15 doses de sulfonal, dont 10 de 1 gramme et 5 de 1 gr. 50 centigr. L'effet obtenu était équivalent, au point de vue du nombre d'heures de sommeil, à 3 gr. de chloral (elle dormait de 5 à 8 heures). Aucun phénomène anormal au réveil.

(*A suivre*).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

FACULTÉ DE MÉDECINE

Ouverture des Cours du semestre d'hiver.

Cours d'histoire de la médecine. — M. le Pr Laboulbène.

En commençant la série de ses leçons M. le professeur Laboulbène retrace d'abord l'histoire de la précédente année scolaire, marquée par la mort de plusieurs des membres les plus distingués et les plus éminents de la Faculté, François Damaschino, Ulysse Trélat frappés au milieu d'une brillante carrière, et enfin Gavarret. M. Laboulbène partage les idées de ce dernier, relativement à la création d'universités régionales peu nombreuses mais fortement constituées, réunissant dans un ensemble harmonieux toutes les branches des sciences et des lettres. Une réforme touche les élèves à venir. L'ancien baccalauréat ès sciences a vécu. D'autres réformes médicales sont encore en discussion. Quelques mots maintenant des congrès si nombreux depuis deux ans. Que faut-il penser de ces réunions ? Plusieurs disent qu'elles ont fait plus de bruit que de besogne. Je ne suis pas de cet avis. Les congrès dignes de ce nom sont utiles en réunissant les médecins des divers pays. Il y a un intérêt scientifique à ce que les questions du moment soient débattues et la liberté des opinions émise au grand jour. Un congrès, comme je le comprends, présente une certaine analogie avec la thèse d'agrégation qui fixait l'état de la science au moment où elle était faite. M. le professeur Laboulbène aborde, après ce préambule, l'histoire de la *période arabe*, sujet digne d'une attention toute particulière.

Cours d'accouchements. — M. le Pr Pinard.

M. Pinard a rappelé dans sa première leçon, le 10 novembre, à la clinique Baudelocque, l'organisation du service. Le professeur est assisté par un chef de clinique et deux sages-femmes. Leurs attributions sont trop connues pour qu'il soit nécessaire d'y insister. Mais tous ceux qui ont fréquenté les cliniques d'accouchements savent que bien souvent les élèves sont livrés à eux-mêmes sans grande direction, parce qu'il est matériellement impossible que le chef de clinique soit constamment dans la salle de travail. M. Pinard a remédié à cet état de chose un peu défectueux par la création de répétiteurs d'accouchements. Ces répétiteurs sont d'anciens internes de M. Pinard, instruits et habiles. Ils sont de garde à tour de rôle et guident les élèves chargés de faire les accouchements. Les répétiteurs exercent en somme pendant leur garde les fonctions de chef de clinique à la salle de travail, de telle sorte qu'à toute heure le service est assuré par des personnes compétentes : ce qui allie l'intérêt des femmes à celui des étudiants. Les élèves déjà instruits sont appelés à pratiquer des accouchements difficiles et même des opérations. C'est un encouragement donné aux assidus et aux travailleurs.

Les élèves sont divisés en trois séries dont chacune est de garde deux fois par semaine pendant 24 heures.

M. Pinard a ensuite parlé de la grossesse extra-utérine à propos d'une femme du service chez laquelle le fœtus était retenu dans le vigite extra-utérin, bien que sa mort remontât à 2 mois. Il a annoncé qu'il opérerait cette femme à l'amphithéâtre devant tous les auditeurs le 12 novembre, et tous étaient présents quand il pratiqua le surlendemain la laparotomie. M. Pinard tient, en effet, à parler aux yeux avant tout. Pour lui, les leçons de choses valent mieux encore que les leçons orales.

© ANM

Cours de Chimie médicale. — M. le professeur A. Gautier.

M. le professeur A. Gautier a ouvert son cours le mardi 11 novembre, à 1 heure, dans le grand amphithéâtre de la Faculté. Cette ouverture n'a rien présenté de bien saillant ou de nouveau. Les élèves étaient nombreux. M. Gautier a commencé par les principes : il a exposé la définition de la chimie, il a ensuite fourni quelques preuves de la constance du poids atomique des corps et a exposé les idées générales des réactions chimiques. Les élèves arrivent au sortir de la Sorbonne assez mal préparés en chimie ; n'ayant même pas tous la première notion de la théorie atomique, — ce qui est déplorable, — le professeur est obligé de reprendre par le commencement l'étude de la chimie, et si c'est du temps gagné pour leur instruction et leur développement philosophique, il est à regretter qu'il soit pris sur le temps, limité comme on le sait, qu'ils ont à consacrer à la chimie médicale proprement dite.

Cours de Pathologie interne. — M. le Pr Dieulafoy.

Après quelques aperçus sur la pathologie générale, l'infection primitive et l'infection secondaire, M. Dieulafoy aborde l'étude de l'impaludisme, sur laquelle il s'étendra longuement dans son cours de cette année. Dans cette première leçon le professeur a retracé l'histoire de la maladie palustre. Cette étude des symptômes sera divisée en deux parties : symptômes fébriles ; symptômes non fébriles. Les manifestations fébriles comprennent les accès, soit à forme intermittente avec leurs divers types, soit à forme rémittente continue tendant à la perniciosité et toutes les formes pernicieuses (hémoglobinurique, délirante, algide, syncopale). La malaria n'est pas indemne de ces infections secondaires, dont nous parlions à l'instant, pneumonie, dysenterie choléra, qui lui donnent une forme spéciale. D'autres fois, les manifestations de la maladie malarienne sont sans fièvre ; les névralgies et tous les signes du paludisme larvé, anémie, cachexie, etc. Cette maladie est si étendue à la surface du globe qu'il est presque impossible d'énumérer tous les points où elle règne. Le professeur présente un tableau fort intéressant de quelques-uns des désastres dus à la malaria pendant les entreprises humaines : Canal Saint-Martin, isthmes de Suez et de Panama ; pendant les guerres : Walekeren, Crimée. Cette leçon s'est terminée par l'exposé des différents hématozoaires de l'impaludisme.

Cours d'anatomie (*Cours du Chef des Travaux*). — M. le Pr Poirier.

Mardi soir, dans le grand amphithéâtre de l'Ecole pratique, M. Poirier, chef des travaux, a ouvert son cours d'anatomie topographique.

Tous ceux qui ont assisté aux leçons des années précédentes du jeune et sympathique professeur savent avec quel empressement les étudiants, jeunes ou avancés, viennent s'instruire à ces démonstrations d'anatomie « vraie, logique et pratique ». Cette année, une foule aussi nombreuse qu'enthousiaste a accueilli par des salves d'applaudissements l'entrée du professeur.

Ces applaudissements n'étaient que la juste récompense des efforts qu'il fait sans relâche pour élever son cours à un niveau qui touche à la perfection.

Un talent oratoire, qu'on peut bien envier mais qu'on est forcé de reconnaître ; la clarté de l'exposition ; la science profonde de tout ce qui a été fait ou se fait sur l'anatomie, une méthode parfaite dans le choix des notions utiles ; enfin un amour des plus prononcés de la science anatomique, prouvé par des travaux déjà nombreux : voilà une foule de qualités personnelles qui suffisent, à elles seules, pour expliquer le succès légitime de ces leçons.

Enfin, le professeur est aidé dans sa tâche par une magnifique collection de planches murales dues à un très habile pinceau. Nous tenons à insister sur cet aide dont l'utilité, dans un cours d'anatomie surtout, est incontestable. Nous nous rappelons avoir accompagné, cet été, un professeur de l'Université de Berlin dans sa visite à l'Ecole pratique ; il est resté émerveillé devant cette belle collection, et il nous a avoué qu'à Berlin on était loin d'en posséder une pareille. Nous envions tellement tout ce que nos voisins possèdent que nous ne sommes pas fâché de faire remarquer l'aveu du professeur allemand.

Nous tenons à proclamer hautement toutes les qualités de ses leçons d'abord, parce que c'est une chose assez rare, et ensuite parce que M. Poirier a d'autant plus de mérite qu'il n'est et ne sera jamais payé de ce labeur.

Comme nous le disait l'autre jour le savant professeur d'anatomie, M. Farabeuf, à son cours, on ne peut avoir en France, avec notre système d'enseignement actuel, que des anatomistes de passage. Eh bien, quand malgré cette organisation désastreuse de l'enseignement rétribué par l'Etat, quand avec ce manque absolu de toute stimulation, quand on est sûr, quoi qu'on fasse, de ne voir ni augmenter ni diminuer ses appointements ; quand, dans des circonstances aussi attristantes, on voit un jeune professeur faire tant de sacrifices, tant d'efforts pour un cours non payé, nous devons faire plus que de le remercier : il mérite notre admiration.

Après avoir remercié l'auditoire de l'accueil sympathique, M. Poirier a rappelé que ses aides de l'Ecole pratique, les prosecteurs et les aides d'anatomie, doivent avoir leur part dans ces applaudissements.

Le sujet du cours de cette année sera l'anatomie topographique de la face et du cou. Dans cette première leçon, le professeur a traité de la charpente osseuse faciale. Au lieu de cette description ardue, peu captivante et même inutile, de toutes les nuances détaillées des os, le professeur nous a donné des notions générales du massif osseux maxillaire inférieur, nous a montré son mode de résistance au traumatisme, nous a précisé les divers points dont la résistance a été augmentée par l'usage de l'organe et non pas pour l'usage. Cette discussion, à propos de la théorie des causes finales, doit être signalée, car il est temps qu'on s'habitue à ces notions aussi vraies que difficiles à faire entrer dans des cerveaux jeunes et élevés encore en grande partie dans ces idées insoutenables aujourd'hui. Les applications chirurgicales, une exposition des plus claires et des plus démonstratives du mécanisme des fractures du massif maxillaire supérieur, appuyée par la pièce unique dans son genre que M. Alphonse Guérin a prêté au professeur, ont complété cette leçon.

Des applaudissements aussi prolongés que mérités ont marqué la fin de cette charmante causerie scientifique, qui vaut mieux qu'un cours doctrinal, souvent non compris.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (*Hôpital St-Louis*). — M. le Pr Fournier.

C'est au milieu de nombreux auditeurs, parmi lesquels on remarquait plusieurs médecins étrangers, que M. le Pr Fournier a repris vendredi dernier son cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques. J'ai pour habitude, depuis de longues années, a dit M. Fournier, de consacrer

© ANM

la première leçon de mon cours à l'exposition d'une question de pratique, et je ne saurais mieux faire que de vous entretenir aujourd'hui d'un sujet délicat, le rôle du médecin consulté par une nourrice qui lui présente son nourrisson à examiner. En pratique, la question se pose de la façon suivante. Une nourrice inquiète des boutons qu'elle a remarqués sur le corps de son nourrisson vient vous demander si elle peut continuer, sans danger pour elle, à lui donner le sein. Le médecin a-t-il le droit d'examiner l'enfant et quels sont ses devoirs envers la nourrice. Après avoir discuté toutes les opinions que l'on peut émettre sur ce sujet difficile, M. Fournier donne à ses auditeurs les conseils que voici. La nourrice habitant la campagne nourrit un enfant qui lui est envoyé de la ville. Elle remplace de ce fait la famille absente, et elle a non seulement le droit, mais aussi le devoir de se renseigner sur la santé de son nourrisson. A cette femme, répondez suivant votre examen : oui ou non vous pouvez nourrir, mais bornez-vous à cette déclaration et gardez-vous de prononcer le mot de syphilis : il n'ajouterait rien à vos conseils, et de plus vous vous trouvez dépositaires d'un secret professionnel que la loi vous défend de violer. Dans un second cas il s'agit d'une nourrice habitant la ville, d'une nourrice sur lieu résidant dans une famille, à laquelle appartient par suite la garde de l'enfant. C'est pour ces cas que la question a été surtout controversée. A mon sens, vous devrez vous arrêter au même parti que tout à l'heure et vous borner à la déclaration que je vous indiquais. Souvent elle ne satisfera pas votre cliente qui, pour des considérations diverses, vous demandera un certificat, une attestation, un papier comme elle vous dira, ou encore une ordonnance dans l'intérêt de l'enfant. Votre devoir est de les refuser impitoyablement : vous n'avez plus qualité pour traiter cet enfant et encore moins pour attester sa maladie. Vous avez été consulté pour savoir s'il y avait ou non danger pour la nourrice et vous avez rempli votre tâche en répondant comme je vous ai conseillé de le faire. Les applaudissements qui ont souligné la péroraison du sympathique professeur ont dû lui montrer quelle bonne inspiration il avait eue de traiter ce point délicat de pratique médicale et combien ses auditeurs lui en étaient reconnaissants.

Conférences de Physiologie. — M. Reynier, agrégé.

M. Reynier a ouvert mercredi, à cinq heures, dans le petit amphithéâtre, les conférences de physiologie de cet hiver. Il a commencé par une profession de foi très nette. Le physiologiste, à l'Ecole de médecine, doit surtout être clinicien. Sans dire trop de mal de l'éducation exclusive des laboratoires, on ne peut oublier que Magendie, Cl. Bernard, Vulpian, ont été médecins. Les travaux de Charcot et de Bouchard ont fait plus avancer la physiologie que cent expériences sur le cobaye ; donc, chez nous, c'est le médecin qui doit guider le physiologiste ; et, d'autre part, le physiologiste, à son cours, ne doit pas oublier qu'il a surtout pour but de préparer des médecins.

L'orateur a commencé ensuite l'étude de la génération. L'étude de la génération spontanée est beaucoup plus intéressante qu'on ne pourrait le croire, en réfléchissant que cette question est définitivement jugée. Ce fut la croyance de toute l'antiquité, qui ne connaissait pas la complexité des animaux inférieurs et qui trouvait tout simple d'admettre avec Virgile que les abeilles naissaient des entrailles putréfiées d'un taureau. Cette croyance persista pendant tout le moyen âge, et c'est Redi, qui, en 1668 montra que la viande isolée par un filet fin du contact des mouches qui viennent y déposer leurs œufs ne peut se putréfier. Needham, en 1750, apporta de nouvelles expériences qui amenèrent un temps d'arrêt dans la question. Il fit bouillir dans des tubes différentes graines, et, laissant refroidir ces tubes il y constata, au bout de quelques jours, la présence d'animalcules abondants : les Infusoires. Il faut retenir de cette expérience de Needham que c'est le premier essai tenté de stérilisation. Spallanzani, en bouchant hermétiquement les tubes qu'il soumettait à l'ébullition, n'observe plus de développements secondaires d'Infusoires. Il en fut de même pour la viande, qui, bouillie en vases clos, ne se putréfia pas. Ce fut le point de départ d'une découverte industrielle très importante, celle d'Appert, qui, en 1803, fabrica des viandes de conserves, en les stérilisant en vase clos par la chaleur. Gay-Lussac, rapporteur du mémoire d'Appert, conclut que l'ébullition agissait dans ce cas en diminuant la teneur en oxygène de l'air contenu dans les boites d'Appert, et en rendant ainsi cet air impropre à la vie. Plus tard, Schultze, puis Schwann montrèrent que c'est à la mort des germes seulement qu'il faut attribuer la conservation des viandes et l'absence de développement des germes. On arrive ainsi à la grande querelle de Pouchet et de Pasteur, sur la génération spontanée. Pasteur, pressé par son ingénieux adversaire, invente expériences sur expériences ; il ne laisse arriver au contact des milieux putrescibles stérilisés que de l'air filtré sur l'ouate, et c'est là l'origine du pansement ouaté de A. Guérin, application incomplète, mais originale et raisonnée, des procédés scientifiques nouveaux. Il montre que les spores des bacilles ne sont tuées qu'à 120° et là est l'origine des autoclaves de stérilisation et de la refonte complète de l'outillage chirurgical. Enfin la question est jugée, et la génération spontanée ne peut plus s'admettre pour les espèces vivantes actuellement connues.

La génération, telle qu'on peut l'observer, comprend trois modes. Un organisme se divise à un moment donné de son existence, quand il a pris un certain accroissement. Cette division se fait suivant divers modes, par simple scission chez les Amibes, par bourgeonnements ou gemmes chez les Polypes hydraires, par karyokinèse dans les cellules du corps humain par exemple. C'est le premier mode et le plus simple. D'autre part, chez les Pucerons, étudiés par Bonnet (de Genève), chez le Phylloxera, on observe une reproduction sexuée, mais tout à fait particulière : c'est la génération alternante. Les pucerons de l'été sont aptères, et chacun d'eux pond sans fécondation d'autres pucerons féconds à leur tour, jusqu'à l'automne ; alors les pucerons mis au monde ne sont plus les mêmes : Ce sont des femelles ailées, sexuées, dont la ponte produit des mâles et des femelles ; de l'union des deux sexes renaissent des générations aptères, et le cycle recommence. Il en résulte qu'une seule fécondation par an suffit à perpétuer l'espèce et à produire de nombreuses générations de pucerons. Tel est le schéma que l'on peut donner de la parthénogenèse ; et nous allons voir pourquoi il nous est utile.

La génération sexuée de chaque génération comprend deux modes suivant que l'animal est hermaphrodite, comme certains Mollusques, ou unisexué. Ceci est aussi vrai pour les plantes. Chez les animaux unisexués, la fécondation s'opère, comme on le sait, par l'union du spermatozoïde et de l'ovule. Une magnifique hypothèse de Cl. Bernard résume ces divers modes et permet de les englober en une même synthèse. L'homme et les animaux supérieurs avec lui, peuvent être envisagés comme présentant

© ANM

la génération sexuée et la génération alternante. Un seul ovule fécondé se multiplie, donne naissance, non pas à des individus libres, comme chez le puceron, mais à une quantité innombrables de particules élémentaires vivantes de cellules. Chacune d'elles se divise par parthénogenèse, et ainsi l'individu se trouve constitué, vivant et actif, tant que dure la force d'impulsion émanée du premier ovule fécondé ; quand elle s'épuise, l'organisme ne se répare plus et meurt bientôt, mais il a pu donner auparavant les éléments nécessaires à une fécondation sexuée qui va perpétuer l'espèce.

Le professeur parle un peu vite, mais avec beaucoup de chaleur et de force de démonstration. C'est un des cours les mieux faits de l'Ecole, au point de vue oratoire. L'expression est claire, tantôt familière, tantôt élégante, selon le besoin. Les organes de reproduction et les organes des sens feront l'objet du cours et seront traités avec toutes les applications pathologiques et cliniques que le sujet comportera.

Conférences d'histoire naturelle. — M. Raphaël Blanchard, agrégé.

Les élèves ont pris le bon parti d'écouter en paix M. Blanchard, qui a pu ouvrir son cours en toute tranquillité mercredi dernier, à 2 heures, dans le grand amphithéâtre, et ils en ont été récompensés par une leçon très bien exposée, merveilleusement dite, et surtout médicale depuis le premier mot jusqu'au dernier. Cette année, le professeur traitera des maladies parasitaires : et il commence par l'étude des *Acariens*. Il sera très utile pour les étudiants de toute année de suivre ce cours, où ils entendront parler, à côté de questions neuves, comme celle des Psorospermies, d'une foule de points de pratique très importants, mais négligés ou passés sous silence dans les livres classiques, et qu'on ne sait où chercher. Ainsi, quand on a parlé de l'Acarus de la gale, on croit avoir épuisé le sujet ; mais une foule d'autres animaux de cette classe, le Rouget, les Pédiculoïdes, peuvent accidentellement se transporter sur l'homme. Qu'une équipe d'ouvriers charge des blés infestés par ce dernier acare, et l'on verra se développer une véritable épidémie d'érythème intense, avec symptômes généraux, qu'on ne saura expliquer ni traiter, si l'on n'a l'idée de recourir au microscope. Et ces épidémies, comme celles du rouget, sont assez nombreuses, assez intenses pour mériter l'attention du praticien et faire l'objet d'un cours.

Nous avons remarqué avec plaisir une attitude particulière de M. Blanchard, qui va bien avec l'obligation des travaux pratiques d'histologie pour les étudiants de première année. Cette attitude consiste à faire véritablement de la médecine, à rester sur le terrain de la pratique, et à supposer connue des étudiants, tous bacheliers ès sciences, — ne l'oublions pas, — les principes généraux nécessaires avant d'aborder l'étude de la médecine. Le but du restreint est, en effet, de procurer ces connaissances avant la première inscription à l'Ecole, et les agrégés, comme les professeurs, chargés des cours de première année, n'ont aucune raison pour continuer ce métier de dupe, ennuyeux pour tous, surtout pour les élèves, qui consistait à faire redoubler à ces derniers leur restreint, en première année de médecine. C'est à cause de l'insuffisance de cet examen que les choses en étaient venues à ce point. Il faut remonter le courant, rompre avec une tradition qu'on exploite contre nous et parler uniquement médecine aux étudiants de la Faculté de médecine. Si leur préparation est insuffisante, si le restreint est trop faible, ces Messieurs de la Sorbonne, qui cherchent de la besogne et dont on connait le grand zèle, pourront s'employer à la rendre meilleure. Mais les cours de première année bien entendus, interprétés dans leur vrai sens, sont exclusivement médicaux et doivent rester à la Faculté. Aux agrégés de le démontrer, comme le fait M. R. Blanchard.

Le nouveau traitement de Koch pour la tuberculose.

Le monde médical était depuis plusieurs semaines dans une impatiente attente ; les échos d'outre-Rhin, parvenant jusqu'à nous, annonçaient la merveilleuse découverte de Koch, le traitement souverain qui devait détruire la tuberculose de la surface du globe. M. Koch vient d'exposer, dans un numéro supplémentaire de la *Deutsche medicinische Wochenschrift*, la première série des résultats qu'il a obtenus. M. Koch ne donne pas de renseignements sur le remède qu'il emploie. « Je ne puis rien dire encore, écrit-il, les recherches des méthodes de fabrication sur une grande échelle n'étant pas encore terminées ». Ce remède est, paraît-il, un liquide brunâtre qu'il est nécessaire de diluer avant de s'en servir pour les injections sous-cutanées. Ces liquides dilués doivent être stérilisés et conservés dans un flacon fermé par un bouchon de ouate. On peut encore diluer le remède avec une solution d'acide phénique à 5 0/0. Ces liquides dilués s'affaibliraient assez rapidement.

L'absorption du liquide par la bouche n'a aucune action ; il faut l'employer en injections sous-cutanées. Pour cela, le savant allemand se sert d'une petite seringue sans piston à laquelle est adaptée une poire en caoutchouc qui sert à faire le vide. La région que l'auteur choisit pour pratiquer les injections est la peau du dos, entre les omoplates et la région lombaire, quel que soit l'organe atteint par la tuberculose.

Les expériences ont été faites, sous la direction de M. Koch, par M. Libbertz et Pfuhl, dans les cliniques de MM. Brieger, W. Lévy, Fraentzel et von Bergmann. Le remède n'agit pas de la même façon chez le cobaye et chez l'homme. Chez l'homme sain, une injection de 0,25 centig. de liquide non dilué produit une réaction considérable, tandis qu'on peut injecter deux centimètres cubes et même plus du même liquide à un cobaye sans observer aucun signe consécutif. Koch s'étant fait à lui-même une injection de 0,25 centigr. fut pris trois ou quatre heures après l'opération de tiraillements dans les membres, de dyspnée, puis de frissons violents, de vomissements avec élévation de température jusqu'à 39°6. Ces symptômes disparurent au bout de 12 heures, ne laissant que de la lassitude, et un peu de douleur au niveau de l'injection.

L'auteur a essayé ce traitement dans des cas de lupus, de tuberculose ganglionnaire, articulaire et pulmonaire. Chez les malades atteints de lupus, il commence par injecter 0,01 centigramme du remède. A la suite de cette injection il se produit une réaction énergique générale et locale. 1° La réaction générale commence par un accès de fièvre avec frisson, élévation de la température jusqu'à 39°, même 40° et 41°. On observe, en même temps, de l'excitation à la toux, des douleurs dans les membres, de la lassitude, des nausées et des vomissements. 2° La réaction locale s'annonce par du gonflement et de la rougeur allant jusqu'au brun-rouge et devenant nécrosique. Si les foyers de lupus sont plus limités, la région tuméfiée et brun-rouge est entourée d'une auréole blanchâtre environnée elle-même d'une zone rouge vif. Au bout d'un certain temps le gonflement diminue et disparaît en deux ou trois jours. Les foyers lupeux sont couverts de croûtes et

© ANM

se transforment en escharres qui tombent dans l'espace de deux à trois semaines, laissant après elles une cicatrice. Les plus petits foyers imperceptibles suivent cette évolution. Dans certains cas, au lieu de la scarification ci-dessus, il se produit une sorte d'atrophie ou de fonte du tissu tuberculeux. Dans ce processus il n'y a pas destruction des bacilles des tubercules situés dans les tissus, le tissu tuberculeux est seul atteint. La rougeur et la tuméfaction seraient dues, pour M. Koch, à des altérations de la circulation entrainant la mortification des tissus. Le liquide-remède agit donc sur ceux-ci lorsqu'ils sont vivants, et non sur les parties mortifiées et caséeuses.

Après que la réaction a cédé, on ne fait de nouvelles injections de 0,01 centigr. qu'au bout de une ou deux semaines en continuant ainsi jusqu'à ce que la réaction ait complètement cessé. L'auteur a agi de la même façon que pour le lupus dans les cas de *tuberculose chirurgicale*, c'est-à-dire des ganglions lymphatiques, des os des articulations. La réaction est moins vive dans ces cas, quoique la tuméfaction accompagnée de douleur soit perceptible.

Pour la *tuberculose pulmonaire*, M. Kock injecte seulement la première fois 1 millim. cube du liquide; si la réaction est intense il injecte chaque jour la même quantité jusqu'à ce que cette dernière disparaisse, puis il augmente d'un millim. cube de la même façon et ainsi de suite jusqu'à arriver à une injection de 0,01 centim. cube. Au début les quintes de toux et l'expectoration s'exagèrent, puis elles vont en diminuant jusqu'à disparaître complètement. Les crachats, de purulents deviennent muqueux; les bacilles disparaissent pendant un certain temps pour reparaître plusieurs fois jusqu'à cessation complète de l'expectoration. Les sueurs nocturnes se suppriment, l'aspect général devient meilleur et les malades prennent du poids. L'action du médicament est d'autant plus rapide et certain qu'il est employé dans les stades les plus récents de la tuberculose pulmonaire. « Une phtisie commençante peut être guérie d'une manière certaine à l'aide de ce remède. » Des malades, porteurs de cavernes peu volumineuses, auraient été très améliorés ou à peu près guéris. Ceux traités à la première période auraient guéri en 4 à 6 semaines. Chez les tuberculeux porteurs de grandes cavernes, il faut tenir compte des infections secondaires se produisant dans les masses caséeuses par suite du transport des germes de la suppuration et de la putréfaction. Le remède de Koch, qui n'agit pas sur ceux-ci, ou tout au moins sur les matières qui les contiennent, est donc inefficace chez les individus ainsi atteints. Il faut donc, dans ces cas, combiner au remède spécifique de la tuberculose les désinfectants ordinaires, l'aération, etc. M. Koch demande même qu'on agisse chirurgicalement sur les grandes cavernes pulmonaires.

Comment agissent les injections consécutives pour diminuer, comme nous l'avons vu, la réaction qui suit la première injection? M. Koch pense qu'il n'y a pas d'accoutumance, mais que la première injection ayant fait disparaître une certaine quantité de tissus capables de réaction, il faut des doses croissantes pour obtenir un degré de réaction semblable au premier. D'autre part, l'auteur continue ses injections même après que la réaction a disparu, afin d'empêcher le retour des bacilles vers les tissus environnant ceux qui se sont éliminés.

Le temps n'a pas encore permis de savoir si toutes les guérisons étaient définitives et si les récidives n'étaient pas possibles. On ne peut savoir, en effet, si l'individu primitivement guéri par le remède de Koch acquiert une immunité durable. En somme, nous voici en présence de faits extraordinaires; s'ils sont ratifiés par le temps et par les expériences consécutives d'autres savants, on ne pourra qu'admirer la science de Koch et lui rendre un universel hommage.

La *Semaine médicale* du mercredi 19 novembre publie un certain nombre d'observations de malades soignés par la malade de Koch et relatés par M. le Pr von Bergmann et M. le Dr Lévy. Ces observations sont la confirmation des faits que Koch a résumés dans son mémoire (1).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 14 novembre 1890. — Présidence de M. Chauveau.

M. Laborde. — *Sur les centres respiratoires.* — Le diaphragme est susceptible de contractions rythmiques autonomes chez les animaux morts depuis peu; mais ce ne sont pas les vrais mouvements respiratoires. C'est dans les centres nerveux qu'il faut chercher la cause vraie de ces mouvements. La piqûre légère du bulbe, en un point précis du bulbe, au voisinage de l'aile grise, amène l'accélération passagère des mouvements. Si elle est plus profonde, elle détermine une syncope respiratoire passagère. Avec l'emporte-pièce, on peut détruire le centre respiratoire que la pointe d'acier atteint seulement, et produire un arrêt complet et irrémédiable de la respiration. Le point respiratoire est au voisinage du raphée médian du plancher du quatrième ventricule, en sorte qu'un seul coup d'emporte-pièce enlève les deux centres. Si l'on enlève seulement un centre, on observe une paralysie respiratoire unilatérale, et du côté correspondant. Cette hémiplégie respiratoire, étudiée récemment par M. Girard (de Genève), persiste, et les mouvements du côté opposé se ralentissent peu à peu, jusqu'à la mort de l'animal. La section sous-bulbaire d'une moitié de la moelle paralyse les mouvements respiratoires d'un côté du thorax; la face et le cou, restant en communication avec le bulbe, continuent à respirer; mais leurs mouvements étant insuffisants, la mort suit. Les tubercules quadrijumeaux peuvent être détruits sans que les centres respiratoires soient influencés autrement que d'une façon banale. Il en est de même des joues motrices des circonvolutions et des ganglions cérébraux. D'ailleurs Le Gallois a montré que l'ablation des hémisphères et du cervelet était sans effet sur la respiration. Pendant la survie, qui chez le chat nouveau-né peut être de trois fois 24 heures, il est facile de constater que les mouvements du soufflet thoracique ne sont pas influencés.

M. Charrin dépose une note de M. Hanotat sur l'*accroissement de la solubilité du naphtol*. Il suffit de dissoudre le napthol dans l'eau boriquée; on peut ainsi faciliter l'emploi thérapeutique de ce corps. La solubilité du naphtol passe de 0,22 à 0,80 dans une solution saturée d'acide borique.

M. Henneguy, en étudiant la *faune des marais salants*, a observé deux organismes qu'il signale. Le premier est un Infusoire non encore décrit pour lequel M. Henneguy propose de créer le genre Fabrea; le second est un Péridinien qui vit en chainettes.

M. Ch. Richet rappelle ses expériences à propos des *effets de transfusion de sang de chien aux lapins sur l'évolution de la tuberculose*. Il a repris ces études avec M. Héricourt. Avec des cultures très virulentes, tuant en un mois, et injectées dans les veines, on n'observe rien, aucune différence entre les lapins transfusés et les lapins non transfusés. Ils meurent tous dans le délai d'un mois. En inoculant un chien avec une dose assez forte de culture tuberculeuse, et en prenant au bout d'un mois le sang de ce chien pour le transfuser, on obtient des résultats différents; trois lapins transfusés ne sont pas encore morts et ne perdent pas sensiblement de poids. Sur les trois lapins

(1) Voir aux *Varia*.

© ANM

témoins, deux sont morts, un est mourant. M. Richet a repris d'autres expériences; il s'est servi de lapins auxquels on avait injecté des cultures affaiblies de bacilles de Koch ; dans ces conditions, on obtient, sur 3 lapins vaccinés et transfusés, pas de mort; sur seize témoins douze morts.

M. Roger demande l'origine des cultures, car la tuberculose aviaire diffère de celle de l'homme.

M. Ch. Richet s'est servi de cultures de tuberculose aviaire, qui tue le lapin en 25 jours ; il ne sait ce qu'elles donneraient sur l'homme et n'en tire pas de conclusions à ce point de vue.

M. Charrin fait remarquer qu'en général le chien prend très difficilement la tuberculose; on ne sait donc comment a pu agir l'injection de culture tuberculeuse chez le chien.

MM. Vaillard et Vincent ont étudié le *poison tétanique*. Le bacille de Nicolaïer ne se multiplie pas dans l'organisme ; il reste cantonné au pourtour de la plaie, comme le bacille de la diphtérie reste dans la gorge. Il ne peut donc agir qu'en sécrétant en grande abondance un poison qui se répand dans l'économie. En filtrant sur porcelaine une culture virulente du bacille tétanique, on obtient un liquide toxique ; à des doses extrêmement faibles, Brieger a étudié le poison contenu dans ce liquide ; il a décrit des composés, tétanie, tétanotoxine, etc., qu'il considérait comme des ptomaïnes. Kilasato et Weil ont décrit deux poisons du tétanos, peu toxiques. Au lieu de chercher dans la voie des alcaloïdes, Knutfaber pensa que la toxine du tétanos devait être une diastase. M. Vaillard a constaté l'analogie très grande qui existe entre le poison du tétanos et celui de la diphtérie, et pense aussi qu'il s'agit d'une diastase. Il suffit d'une chaleur de 65° pour la décomposer et détruire le pouvoir toxique. L'insolation prolongée agit de même, quand elle est faite au contact de l'air. Les précipités que l'on détermine dans le liquide entravent et retiennent une partie de la substance active ; ils tuent à la dose de 1/2 millimètre et peuvent se garder à l'air très longtemps sans perdre leurs propriétés. L'ensemble de ces caractères appartient plutôt aux diastases qu'aux alcaloïdes. Le poison, pris par les voies digestives, est sans effet, comme les venins; son action, comme celle de ces derniers, s'exerce à des doses presque infinitésimales, 1/1500 millimètres, par exemple.

MM. Albert Mathieu et Rémond (de Metz) communiquent une note sur un *moyen de déterminer la valeur quantative des divers facteurs de l'acidité du suc gastrique*.

L'acidité du suc gastrique, disons-le, est la somme de divers facteurs ; c'est un mélange d'acides minéraux M et d'acides organiques O. Quand on agite une certaine quantité de liquide stomacal avec de l'éther, il ne se dissout qu'une partie fort minime des acides minéraux, et une quantité beaucoup plus élevée d'acides organiques. Si l'on représente par a les acides organiques non enlevés, par a' les acides organiques enlevés par l'éther, on peut écrire : $O = a + a'$. Il est très facile de déterminer a' : il suffit de doser l'acidité du suc gastrique avant et après un lavage par l'éther.

Le rapport $\frac{a}{a'}$, est précisément égal au coefficient moyen de partage des acides organiques dans le suc gastrique et dans l'éther ; $\frac{a}{a'} = c$; d'où l'on tire $a = a' c$. Donc, si l'on connaissait c on pourrait trouver la valeur de a par une simple multiplication.

On détermine c en agitant l'éther par lequel on a lavé le suc gastrique avec une quantité égale d'eau distillée et en dosant ensuite l'acidité de cette eau. On divise la quantité d'acide contenu dans l'eau par la quantité d'acide resté dans l'éther. L'acidité minérale M est égale à A — O.

Pour déterminer le taux de l'HCl libre, on fait évaporer dans deux capsules 10 cent. cubes de suc gastrique ; on redissout le résidu par l'eau distillée. On mesure l'acidité de cette eau directement dans une capsule, après lavage par l'éther dans l'autre. Si l'acidité trouvée dans la première capsule est plus faible que l'acidité du suc gastrique avant le bain-marie, cela peut tenir à ce que l'évaporation a fait perdre une certaine quantité d'HCl libre ou d'acides organiques. Le lavage par l'éther de la seconde capsule permet de savoir par différence entre les deux capsules s'il a disparu des acides organiques et quelle quantité il en a disparu. On peut donc savoir exactement la quantité de l'HCl que contenait le suc gastrique.

Si l'on retranche l'acide chlorydrique libre H de l'acidité minérale M — H, on obtient une quantité C, due à la fois aux phosphates acides et à l'HCl en combinaison organique.

Les phosphates sont en quantité minime, et la valeur de C est surtout influencée par la richesse du liquide stomacal en combinaisons chlorydropeptiques. C'est C qui mesure le travail digestif exécuté par l'estomac : il représente une donnée très importante.

La méthode, qui ne comporte que des opérations chimiques tout à fait élémentaires, permet donc de mesurer, avec une exactitude suffisante, l'acidité totale, l'acidité due aux acides organiques, l'acidité minérale totale, l'acidité due à l'HCl libre et enfin l'acidité due surtout à l'HCl en combinaison organique.

MM. Mathieu et Rémond terminent leur communication en citant, à titre d'exemple, les chiffres qu'ils ont recueillis en examinant le chimisme stomacal dans des cas différents de dyspepsie.

M. Laborde fait observer que la question de l'acide libre de l'estomac n'est pas encore définitivement tranchée. Presque tous les auteurs admettent que c'est l'acide chlorhydrique ; mais ce peut être aussi l'acidité lactique, qu'on trouve toujours chez le chien. Al. Pillet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 18 novembre 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

M. Hardy fait une communication sur les *causes de la dépopulation de la France*. Il croit surtout à l'influence de la race, à celle de la civilisation plus avancée et du bien-être, à la diminution de la nuptialité et de la natalité et à l'immigration des habitants des campagnes vers les villes. La race française est moins prolifique que les autres, car dans les pays où plusieurs races sont mélangées, comme dans les provinces frontières de la Belgique et dans les cantons de la Suisse française, la natalité est à peu près la même qu'en France, et moindre que dans le reste du pays, En France, la natalité est plus élevée dans les départements les moins avancés en civilisation et en richesse, et où le sentiment religieux est plus marqué.

Quant aux moyens de réparer le mal, il repousse l'idée de M. Lagneau de permettre aux jeunes filles de se marier avant 21 ans sans le consentement des parents ; de même la recherche de la paternité, préconisée par M. Le Fort, lui paraît trop difficile, et quant au mode de succession du Code civil actuel il lui semble le plus juste et digne d'être conservé.

L'orateur conteste la fréquence de la restriction volontaire des naissances, et d'un autre côté les successions se font de la même façon dans d'autres pays, où cependant la natalité est supérieure à celle de la France. Quant à l'impôt sur les célibataires, proposé par M. Lagneau, il le rejette ; on ne peut pas plus rendre le mariage obligatoire que la paternité.

Loin de diminuer les contributions indirectes, tels que les impôts sur l'alcool et le tabac, il proposerait plutôt de les augmenter.

Ce qui est à faire, c'est surtout de diminuer la mortalité et principalement celle de la première enfance.

M. Javal constate que M. Hardy qui niait, il y a cinq ans, la restriction volontaire des naissances, lui accorde aujourd'hui une place dans les causes de dépopulation de la France. Quant à l'enquête délicate à laquelle il s'est livré lui-même pour soutenir son importance, on n'a qu'à interroger les pères de famille pour savoir à quoi s'en tenir. En ce qui concerne l'impôt sur les célibataires et la recherche de la paternité, il y est également opposé.

© ANM

ELECTIONS. — La liste de présentation des candidats à la place vacante de membre titulaire dans la section de pathologie chirurgicale est dressée ainsi qu'il suit : 1° M. Périer ; — 2° M. Berger ; — 3° M. Nicaise ; — 4° M. Horteloup ; — 5° M. Terrillon ; — 6° M. Reclus.

P. S.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 14 novembre 1890. — PRÉSIDENCE DE M. DUMONTPALLIER.

M. MERKLEN, au nom de M. Walther et au sien, lit une communication sur *un cas de myxœdème amélioré par la greffe thyroïdienne*. — La disparition morbide ou chirurgicale de la glande thyroïde est le trait commun de toutes les formes de myxœdème (cachexie pachydermique de Charcot, myxœdème opératoire de Reverdin, cachexie strumiprive de Kocher, idiotie avec cachexie pachydermique de Bourneville et Bricon). — La thyroïdectomie produit chez les animaux des accidents analogues à ceux du myxœdème, tandis que les essais de greffe thyroïdienne ont assez bien réussi chez l'animal pour qu'on les tente sur l'homme. Le fait de Serrano et Bettencourt (Congrès de Limoges) et plusieurs autres moins probants ont engagé l'orateur à prier M. Walther de pratiquer la greffe thyroïdienne à la malade atteinte depuis dix ans de myxœdème, qu'il présente à la Société. C'est presque une naine (taille 1 m. 27) mais son intelligence est suffisante ; la fontanelle antérieure est fermée, la menstruation s'est établie dans ses conditions habituelles. Le myxœdème s'est caractérisé vers l'âge de 30 ans, précédé pendant dix ans de métrorragies qui, depuis, n'ont pas cessé. Elle est aussi sujette à des épistaxis et ses gencives saignent facilement. Quand les hémorrhagies apparaissent, les symptômes du myxœdème augmentent ; ils diminuent quand cesse l'écoulement sanguin. Cette malade était entrée dans le service pour des métrorrhagies qui résistèrent à tous les moyens habituels de traitement. C'est alors que M. Walther a pratiqué la greffe thyroïdienne, dans la région sous-mammaire, avec les lobes d'une glande thyroïde de mouton. L'opération a été pratiquée avec une asepsie parfaite, mais sans le secours des antiseptiques. Suites des plus simples. Réunion de la plaie par première intention. Trois jours après les métrorrhagies cessent et depuis elles ne se sont plus reproduites. C'est là le résultat le plus remarquable de l'intervention. L'amélioration de l'état général et celle des symptômes fonctionnels du myxœdème a suivi. De faits incomplètement connus il résulte que la glande thyroïde joue un rôle important dans l'hématopoïèse. Chez la malade il y a eu augmentation des globules rouges et augmentation de la valeur globulaire. L'urine renferme aussi plus d'urée. Somme toute, la malade est améliorée. La glande greffée se résorbera-t-elle ; est-elle greffée dans le sens propre du mot ? Elle semble avoir un peu diminué de volume, mais on n'en peut conclure encore qu'elle est en voie d'atrophie véritable.

M. GALLIARD communique l'observation d'une petite fille de 11 ans 1/2, morte d'une péritonite purulente, considérée au début comme une fièvre typhoïde, puis comme une péritonite tuberculeuse. Des trois foyers purulents que révéla l'autopsie (périépiploïque, sus-hépatique et périsplénique) le premier seul, le plus important, avait été ouvert par la laparotomie. Pendant le cours de la maladie la malade avait présenté une péricardite séreuse, puis une myocardite et une double pleurésie séreuse avec bronchopneumonie des deux bases, et dégénérescence graisseuse du foie. L'examen bactériologique du pus révéla la présence de pneumocoques. Pas de gonocoques ni de bacilles tuberculeux.

M. HUCHARD dépose sur le bureau une brochure relative à la *réforme de l'enseignement médical* et propose la nomination d'une commission destinée à étudier les modifications à introduire dans le concours pour le Bureau Central.

M. G. BALLET présente un cas de *paralysie faciale hystérique* chez un jeune homme hystérique depuis 1887. La paralysie faciale est contemporaine de la première attaque. Elle a succédé à une chute sur la mâchoire. Elle présente les caractères typiques de ces sortes de paralysie : la variabilité, le faible degré. Il existe chez ce malade des troubles de la sensibilité, un rétrécissement marqué du champ visuel. Le malade a été alcoolique. Il est fils d'une mère hystérique.

L.-R. REGNIER.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 19 novembre 1890. — PRÉSIDENCE DE M. NICAISE.

M. BAZY lit une observation de *fistule recto-vaginale* bas placée (3 centim. 1/2) qu'il a traitée par le *dédoublement du périnée* (périnéorrhaphie de Lawson Tait). L'avivement a dépassé le niveau de la fistule.

M. TERRIER communique le relevé des *hystérectomies abdominales sus-vaginales* qui ont été pratiquées à l'hôpital Bichat, de 1883 à 1890, soit par lui-même, soit par ses assistants, MM. Richelot et Quénu. — Voici d'abord les résultats fournis par le traitement extrapéritonéal du pédicule. En 1883, 2 opérations, 2 succès ; de 1884 à 1887 inclus, autant de mort que de succès. En 1888, 5 opérations, 5 succès ; en 1889, 7 opérations, 5 succès ; en 1890, 3 opérations, 2 guérisons, une mort par péritonite. En tout 38 opérations, 23 guérisons et 15 morts. La mortalité de 1883 à 1886 a été de 53 0/0, de 1887 à 1890 de 30 0/0 environ. Le progrès est réel, mais la mortalité reste élevée. Ses statistiques d'ovariotomie donnent une mortalité de 10 0/0 à peine. — Depuis 2 ans, il a 8 fois réduit le pédicule ; il a eu 4 morts et 4 guérisons, soit 50 0/0 de mortalité. Ce qui explique cette gravité du traitement des fibromes quand le pédicule est intra-abdominal, c'est l'existence de micro-organismes dans le tissu utérin. Ces micro-organismes sont la conséquence de la métrite qui complique si fréquemment les fibromes. — Dans ces derniers temps, M. Terrier a fait quelquefois l'énucléation de fibromes par la laparotomie avec suture de la poche d'énucléation à la paroi et une fois le traitement mixte du pédicule.

M. NÉLATON fait un rapport sur une communication de M. RICARD ayant trait à une *intervention complexe pour une luxation ancienne de la hanche*. Il s'agit d'un homme, qui, dans une chute, se fit jadis une luxation de la hanche droite. Des tentatives de réduction restèrent infructueuses à cause de l'ancienneté de la luxation. On intervint. La tête fémorale fut découverte par une incision fessière ; on réséqua la partie sphérique de cette tête au ras du col, libéra la capsule articulaire plaquée en avant sur la tête, agrandit la cavité cotyloïde obturée et y replaça le moignon fémoral. Guérison rapide. Résultat parfait au point de vue orthopédique ; mouvements possibles. Le procédé qu'a employé M. Ricard paraît supérieur à ceux mis en usage jusqu'à présent (arthrotomie avec replacement de la tête dans sa cavité ; simple résection fémorale). Lui seul permet, en effet, de lutter entre les 2 causes qui font que les anciennes opérations sont restées presque toujours impuissantes pour la correction de la difformité. Le procédé de M. Ricard permet seul, en effet, de remédier aux modifications anatomiques qui se produisent à la longue (interposition de la capsule entre la tête et la cavité cotyloïde qui se comble ; raccourcissement des muscles péri-cotyliens). En creusant une cavité cotyloïde nouvelle, au milieu des ruines de l'ancienne, en décollant la capsule, on surmonte ces difficultés. M. Nélaton montre que la simple arthrotomie avec replacement de la tête n'est pas possible la plupart du temps, même en faisant une ténotomie des muscles péri-cotyliens. Quant à la résection pure et simple, elle est suivie au bout de 5 à 6 mois d'ascension du fémur. Quand, au contraire, on creuse une cavité cotyloïde nouvelle, la disposition des parties empêche cette ascension de se produire. Le procédé, utilisé par M. Ricard pour une luxation traumatique, a d'ailleurs été mis en pratique à l'étranger pour les luxations pathologiques.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Quand on fait une intervention pour remédier à une difformité, il faut toujours en revenir au principe suivant : Faire le nécessaire pour corriger la difformité ; laisser la nature faire le reste. On ne peut pas limiter à l'avance l'opération, et l'on ne doit pas dire, comme M. Nélaton, que désormais, dans les cas analogues à ceux de M. Ricard, il faudra toujours faire ce qui lui a si bien réussi. Il n'y a pas une grande différence entre l'opération vantée et la simple résection. Il ne faudrait pas croire qu'après de telles

© ANM

interventions, le fémur ne puisse jamais présenter un mouvement ascensionnel. Les considérations anatomiques mises en avant par M. Nélaton sont un peu trop schématisées.

M. Quénu est de l'avis de M. Nélaton. Dans un cas de luxation traumatique ancienne, la simple résection n'a rien donné de bon. Il ne faut pas comparer la hanche, le coude, le pied, quand il s'agit de diformités. Dans les articulations du membre supérieur, on recherche la mobilité ; au membre inférieur au contraire on cherche plutôt une certaine raideur.

M. Terrier pense qu'on doit chercher d'abord à rétablir les organes dans leur état habituel avant de réséquer quoi que ce soit, mais, si on ne peut pas réduire sans réséquer, il ne faut pas hésiter à le faire. Malgré ce que M. Ricard a obtenu, il n'est pas prouvé que le fémur ne remontera pas. Dans des interventions de ce genre, on peut très bien ne pas avoir d'ankylose. Après l'opération, il aurait mieux valu faire l'extension de la cuisse par le procédé d'Hennequin (jambe fléchie), que par le procédé américain.

M. Nélaton croit l'ankylose presque forcée dans ces cas. Quand on fait l'arthrotomie simple et le replacement des os pour le coude et l'épaule, on a des résultats mauvais. Il vaut donc mieux réséquer d'emblée au membre supérieur. Mais, pour la hanche, la résection simple donne aussi des résultats médiocres ; donc, le procédé employé par M. Ricard restera à recommander d'emblée, puisqu'il a donné le premier succès connu pour les luxations traumatiques. M. Nélaton croit que les considérations anatomiques qu'il a présentées sur les luxations anciennes de la hanche peuvent rendre service aux opérateurs.

M. Terrillon commence la lecture d'un long travail sur le *sarcome de l'utérus*. Il a réuni 14 observations personnelles de cette affection depuis 1886. 4 cas se rapportent à des sarcomes intra-utérins ; 4 cas à des sarcomes de la muqueuse ; 4 cas à des sarcomes gigantesques du fond de l'utérus ; 3 à des sarcomes pédiculés, implantés sur le fond de l'utérus et libres dans l'abdomen ; 3 cas à des sarcomes kystiques volumineux. Au point de vue anatomo-pathologique, les sarcomes de l'utérus, qu'on confond si souvent à leur début avec une métrite hémorragique et plus tard avec des fibromes ou des kystes, peuvent présenter les formes suivantes : 1° La *forme muqueuse*, dont on distingue 2 variétés : *a*) variété *mamelonnée* : la muqueuse utérine est transformée en mamelons (cavité utérine agrandie, hypertrophie totale de l'organe, etc.) ; *b*) variété *ulcéreuse*, caractérisée par de l'hydrorrhée, etc., et que le curettage améliore notablement. 2° Forme *interstitielle* (sarcomes sous-péritonéaux). Elle aussi comprend 2 variétés : *a*) variété dans laquelle il y a *hypertrophie totale de l'utérus*, qui devient énorme, se couvre de vaisseaux très abondants et très gros ; ces tumeurs renferment parfois des fibres musculaires, ce qui a donné à penser à certains auteurs allemands qu'il s'agissait là de fibromes transformés en sarcomes ; *b*) variété dans laquelle le tissu sarcomateux n'existe que par places (variété *localisée*). Il se développe des noyaux dans le tissu utérin ; ces noyaux font issue dans l'abdomen, se pédiculisent et deviennent libres et flottants dans le ventre ; mais il ne faut pas oublier que le tissu sarcomateux s'enfonce dans le reste de l'utérus sain, de sorte qu'une opération comparable à une laparomyomotomie simple n'enlève pas tout le mal. On a alors parfois des hémorragies par ce pédicule qui est dégénéré. 3° *Forme kystique*, d'ailleurs un peu spéciale. — Ces tumeurs s'observent surtout de 30 à 50 ans. On a remarqué déjà qu'elles se rencontraient surtout chez les femmes qui n'avaient pas d'enfants. Toutes les fois qu'un néoplasme du fond de l'utérus se développe en quelques mois, il faut penser au sarcome. L'état général n'est pas atteint au début et le sarcome est déjà très volumineux quand la cachexie survient. Mais, dès qu'elle apparaît, elle marche avec une rapidité terrible. M. Terrillon ajoute qu'on a beaucoup exagéré la fréquence de la transformation des fibromes en sarcomes.

(A suivre).

M. Berger présente une malade à laquelle il a enlevé *un maxillaire supérieur*. La déformation est à peine appréciable ; il est vrai qu'elle porte un appareil prothétique très bien fait. M. Berger trouve que les Lyonnais ont été un peu vite en proposant la prothèse immédiate, sous prétexte que la prothèse secondaire des mâchoires ne donnait que des résultats médiocres. Ce fait montre qu'on peut en obtenir de bons.

M. Routier a fait la même opération. Pas de déformation, sans appareil prothétique.

M. Schwartz possède un cas analogue à celui de M. Routier.

M. Michaux présente un homme chez lequel il a fait la *suture osseuse* de l'olécrâne pour une fracture. Résultat parfait.

M. Broca présente un homme qui, ayant reçu un coup de couteau dans l'abdomen, fut amené à l'Hôpital Bichat. Il lui fit une *laparotomie exploratrice pour vérifier l'état des intestins*. Ne trouvant pas de lésions, il referma le ventre. Ce fait montre que, dans tous les cas où l'on doute, il faut ouvrir la cavité abdominale sans attendre.

M. Berger rapporte un fait analogue qui plaide dans le même sens ; mais, dans ce cas, on trouva une plaie d'une artère de la paroi abdominale. On la lia. Guérison. Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 30 octobre 1890. — Présidence de M. Polaillon.

Note sur la fièvre intermittente chez les enfants de Paris.

M. le Dr Périer donne lecture d'une note qui est le résumé de faits dont la plupart ont été observés avec le Dr Jules Simon. Elle tend à établir que cette maladie plus fréquente à Paris qu'on ne le croit généralement atteint surtout les enfants et particulièrement ceux du premier âge. Il faut distinguer soigneusement la fièvre intermittente vraie avec gonflement constaté de la rate, de celle qui pourrait être symptomatique d'une autre affection, comme la tuberculose par exemple. Indépendamment des cas sporadiques qui sont observés chaque année dans divers points de la ville où on exécute des travaux de terrassement et de voirie, M. Périer signale, comme cause permanente d'empoisonnement palustre pour les enfants du voisinage du parc Monceau, la présence dans ce parc d'un véritable petit marais. Il établit que la fièvre intermittente, qui peut revêtir chez l'enfant les formes aiguë, chronique et larvée, devient rarement pernicieuse, sans doute parce que, si ces petits êtres doivent à la richesse de leur système lymphatique une puissance d'absorption considérable qui les expose davantage à l'action des poisons zymotiques en général et du poison palustre en particulier, ils lui doivent aussi une plus grande facilité d'élimination de ces mêmes poisons.

Séance du 6 novembre 1890. — Présidence de M. Leblanc.

M. Duchaussoy. — *Perte subite et momentanée de la vision d'un œil.* — J'ai observé chez un homme de 60 ans, qui s'était livré pendant quelques jours aux fatigues de la chasse, un cas de cécité de l'œil droit survenu après un essai de verres de myopes n° 9, au lieu de n° 12 qu'il avait l'habitude de porter. La cécité a duré cinq minutes, puis la vue est revenue progressivement de haut en bas. Il n'existait, chez ce malade, aucune lésion générale ou locale, mais je n'ai pu faire l'examen ophtalmoscopique.

M. Gillet de Grandmont. — A première vue, je ne puis attribuer cette cécité qu'à une embolie des vaisseaux de la rétine.

M. Dubois de Lavigerie. — J'ai observé un cas se rapprochant de celui de M. Duchaussoy, sur un ouvrier terrassier qui reçut un choc sur la tête. La vue ne réapparut que peu à peu ; je n'ai rien trouvé à l'examen ophtalmoscopique.

M. Toledano. — En 1878, j'ai vu la disparition de la vision d'un œil chez un jeune homme de 15 ans, pendant deux heures, sans aucune lésion.

Cure radicale de fibrome par le courant continu. — M. le Dr Brivois rapporte un cas de cure radicale de fibrome par la chimicaustie intra-utérine ; son observation offre toutes les garanties désirables de contrôle et d'authenticité, puisqu'elle a été recueillie à l'hôpital Beaujon, dans le service du Dr Gombault, suppléé par le Dr Josias. Ces deux médecins distingués ont établi le diagnostic contrôlé par les élèves du service et par l'auteur lui-même. La femme qui en fait l'objet est entrée,

© ANM

au mois de mai dernier, pour des hémorragies rebelles qu'on avait traitées par la méthode classique.

Le Dr Brivois n'a été appelé que pour appliquer le traitement électrique à la tumeur qui remontait à 12 centimètres au-dessus du pubis en s'étendant plus ou moins sur les côtés. Cette tumeur était dure, bosselée, et immobilisée. Elle était douloureuse surtout au niveau des bosselures à gauche. Le toucher faisait reconnaître qu'elle faisait corps avec l'utérus, et que les mouvements imprimés à la tumeur se répercutaient sur le col. La cavité utérine était petite, hystérométrie 7 c. 1/2. Le traitement électrique a consisté dans des applications extra-utérines faites avec l'hystéromètre en platine. Le pôle positif dans la cavité, le négatif sur le ventre. Intensité variable faible entre 40 et 60 milliampères à cause d'une complication du côté des annexes. La durée des séances a été de 5 minutes. L'antisepsie a été soigneusement faite. L'auteur s'est conformé, en un mot, aux règles qu'il a tracées dans son manuel d'Électrothérapie gynécologique. La répression a été rapide et la cure radicale. Cette malade a été revue par les Drs Gombault et Josias, médecins de Beaujon, qui ont constaté, comme le Dr Brivois, la disparition totale de la tumeur. Le Dr Brivois a revu encore cette malade le 2 octobre, six mois après le traitement. La disparition de la tumeur persiste. C'est la première observation de cure radicale de fibromes qui soit publiée.

M. Duchaussoy. — Je fais une réserve sur la nature exacte de la tumeur observée par M. Brivois. Le diagnostic hystologique a-t-il été fait?

M. Gorak. — Je m'associe aux observations de M. Duchassoy tout en croyant à la cure radicale des fibromes. Il est en effet difficile d'admettre que trois séances de galvanocaustie aient amené la disparition complète d'une tumeur aussi ancienne.

M. Brivois. — Après une observation minutieuse de la malade, je n'ai pu établir que le diagnostic de fibrome.

M. Toledano. — *Des revaccinations dans les écoles communales du VII^e arrondissement pendant l'année* 1890.

Le vaccin employé était, comme les années précédentes, de la lymphe prise directement sur une génisse, et les piqûres, au nombre de trois, étaient faites au bras gauche. Les mesures antiseptiques étaient prises pour éviter toute espèce de contamination.

Nombre des enfants revaccinés, 59. Succès complet, 14. Soit une moyenne de 23 0/0. Voici comment se répartissent ces succès. — *Filles* : de 6 à 8 ans, 4 succès sur 10 revaccinations, soit 40 0/0 ; de 8 à 10 ans, 1 succès sur 9 revaccinations, soit 11,11 0/0 ; de 10 à 12 ans, 2 succès sur 14 revaccinations, soit 14,28 0/0 ; de 12 ans et au-dessus, 4 succès sur 10 revaccinations, soit 40 0/0. Total : 11 succès sur 43 revaccinations, soit 25,58 0/0. — *Garçons* : de 6 à 8 ans, néant ; de 8 à 10 ans, 0 succès sur 5 revaccinations, soit 0 0/0 ; de 10 à 12 ans, 2 succès sur 7 revaccinations, soit 28,57 0/0 ; de 12 ans et au-dessus, 1 succès sur 4 revaccinations, soit 40 0/0. Total : 3 succès sur 16 revaccinations, soit 18,75 0/0. — *Filles et garçons réunis* : de 6 à 8 ans, 4 succès sur 10 revaccinations, soit 40 0/0 ; de 8 à 10 ans, 1 succès sur 14 revaccinations, soit 7,14 0/0 ; de 10 à 12 ans, 4 succès sur 21 revaccinations, soit 19,05 0/0 ; de 12 ans et au-dessus, 5 succès sur 14 revaccinations, soit 37,71 0/0. Total général : 14 succès sur 59 revaccinations, soit 23,72 0/0.

Comme on le voit par ces tableaux, le nombre des succès est supérieur chez les filles à celui des garçons. Cette différence a été constatée dans les revaccinations des années précédentes. En outre, les succès obtenus concernent des élèves qui ont été revaccinés pour la première fois ou qui avaient subi l'opération sans résultat l'année ou les années précédentes. Un point à noter, c'est le petit nombre d'enfants opérés cette année comparativement à ceux des années précédentes. Cette diminution importante tient à l'apathie et à la négligence des parents qui ne se rendent pas suffisamment compte des effets prophylactiques de la revaccination. Aussi, en attendant que le législateur impose à la population l'obligation de la vaccination et de la revaccination, devons-nous employer auprès de nos clients tous les moyens de persuasion pour les déterminer à subir cette opération si inoffensive et si utile. Nous devons agir en même temps auprès de l'administration pour qu'elle prenne les mesures nécessaires à l'extension de cette pratique, tout au moins dans la sphère de ses attributions. Dr Crouigneau.

Université de Bruxelles. — *Etudiants et police.* — Nous avons raconté il y a quelque temps les incidents qui ont eu lieu à l'Université de Bruxelles à propos du refus d'une thèse de doctorat en philosophie. L'agitation continue ; les étudiants se plaignent de ce que la police soit intervenue. Plusieurs meetings ont eu lieu.

BIBLIOGRAPHIE

Note sur un squelette atteint d'exostoses ostéogéniques multiples ; exostoses au nombre de 194 ; par A. Pic, interne des hôpitaux de Lyon.

Sous ce titre, la *Gazette hebdomadaire* du 27 septembre a publié un article très intéressant avec 2b elles figures représentant le squelette entier.

« En résumé, dit l'auteur, ce squelette présente sur la colonne vertébrale 6 exostoses, sur les côtes 3, sur le bassin 47; — clavicules, 2 ; sternum, 0 ; — omoplate droite, 3; gauche, 5 ; — humérus droit, 6; gauche, 2 ; — radius droit, 4; gauche, 5 ; — cubitus droit, 5; gauche, 5 ; — main droite, 10; gauche, 21 ; — fémur droit, 13; gauche, 10 ; — tibia droit, 11; gauche, 14; — péroné droit, 3 ; gauche, 6 ; — pied droit, 5 ; gauche, 5. — En groupant ces exostoses par régions, on obtient un total de 66 exostoses pour le membre supérieur gauche, 32 pour le membre inférieur droit, 38 pour le membre inférieur gauche. — Ou bien encore, 58 exostoses pour les 2 membres supérieurs, 70 pour les 2 membres inférieurs, ce qui fait 128 exostoses pour les 4 membres. — En ajoutant ce chiffre de 128 à celui de 66 noté plus haut pour le tronc, on obtient un total général de 194 exostoses. Ce nombre est d'ailleurs inférieur à la réalité, car nous n'avons pu faire entrer en ligne de compte une série de rugosités et d'éminences peu distinctes les unes des autres, il faut noter en outre que, sur ce sujet, toutes les crêtes et rugosités normales sont considérablement exagérées. »

Nous signalerons, à l'occasion du travail de M. Pic, une note avec photographies, de MM. Cornillon et Valtat, sur les exostoses multiples (insérée dans la *Revue photographique des hôditaux*. 1871, p. 99), dans le cas où ce sujet tenterait un candidat au doctorat.

VARIA

Policlinique de Paris (*Banquet*).

Dernièrement a eu lieu, au restaurant du Lion d'Or, un banquet offert par la Policlinique de Paris à ses adhérents et à ses amis. Parmi les nombreux assistants, nous avons remarqué M. Jacques, député de la Seine, président, ayant à sa droite M. Vigier, président du Conseil général de la Seine, et à sa gauche M. Bourneville, MM. Berry, Cattiaux, Deschamps, Deville, Dubois, Navarre, conseillers municipaux, Defert, maire du VI^e arrondissement, tous les chefs de service de la Policlinique et nombre de représentants de la presse politique et scientifique. Nous n'avons pas à insister sur l'œuvre de la rue Mazarine, à laquelle nous souhaitons plein succès. Les services qu'elle a rendus sont déjà considérables et dans les discours prononcés à la fin du dîner, par MM. Butte, Arthaud et Natier, les invités ont pu s'en rendre compte. M. Jacques a bu à la prospérité de la nouvelle œuvre ; M. Viguier a assuré au nom du Conseil général de la Seine que cette assemblée aiderait de toutes ses forces cette œuvre philanthropique ; M. Bourneville a pris ensuite la parole et a prodigué des éloges et des encouragements aux professeurs dévoués de la Policlinique et a insisté surtout sur l'utilité de l'*enseignement* municipal de la médecine, complément indispensable de l'enseignement de l'Etat, surtout au point de vue de l'utilisation, pour l'enseignement professionnel, de toutes les richesses cliniques qu'offrent les hôpitaux.

M. Navarre, au nom du Conseil municipal, joint ses vœux à ceux de M. Bournevillle et déclare qu'il s'appliquera de son côté à soutenir au Conseil l'œuvre de la Policlinique. Enfin, M. E. Gautier (*Figaro*), au nom de la presse parisienne, dans une spirituelle improvisation, s'engage à prêter son concours dévoué à cette institution charitable appelée à rendre de si grands services aux malades pauvres et aux étudiants. Le *Progrès Médical* en fera autant. A. R.

École dentaire de France. — Distribution des Prix.

Samedi 8 novembre a eu lieu la séance solennelle d'ouverture des cours de l'Ecole dentaire de France, 3, rue de l'Abbaye, sous la présidence de M. Paul Jacquemart, directeur de l'enseignement technique, délégué de M. le Ministre du commerce, de l'industrie et des colonies. A ses côtés avaient pris place MM. Crignier, président du conseil d'administration de l'association de l'Ecole dentaire de France; E. Damain, directeur de l'Ecole dentaire de France; Ducourneau, professeur de clinique, vice-président du conseil d'administration de l'Ecole dentaire de France; Vizioz, sous-directeur de l'Ecole; Defert, maire du VI^e arrondissement, Berthoux, membre du conseil d'administration de l'association de l'Ecole; Lecaudey, directeur de l'Ecole dentaire de

© ANM

Paris; Dubois, Chauvin, Viau, membres du conseil d'administration de l'Ecole dentaire de Paris; M. Goldenstein, MM. les docteurs Demontporcelet, Ramonat, Viron, professeurs à l'Ecole dentaire de France; M. le Dr Moty, professeur agrégé au Val-de-Grâce; MM. Dubrac, Lawrence, Weber, Anjubault, Saint-Hilaire, Burt, Bermond, Insall, Brigiotte, Hivert, professeurs et MM. Amoedo et Scott, démonstrateurs à l'Ecole dentaire de France.

La grande salle de clinique brillamment décorée pour la circonstance était comble. Plusieurs discours soulignés par d'unanimes applaudissements ont été prononcés par MM. Paul Jacquemart, Crignier, Damain, Dubrac, Defert. En venant, dit M. Paul Jacquemart, au nom de M. le Ministre du commerce et de l'industrie, présider cette belle cérémonie, je m'empresse de vous dire, Messieurs, combien nous avons apprécié l'œuvre que vous avez créée par votre généreuse initiative et que le but que vous poursuivez possède l'approbation entière de M. le Ministre à qui je ferai part de votre accueil. Vous obtiendrez, dit-il en terminant, je puis vous en donner l'assurance, la déclaration d'utilité publique que vous réclamez avec raison et que vous auriez déjà obtenue depuis longtemps, si le projet de loi sur la réglementation de la médecine n'était pas en discussion.

Les discours de MM. Crignier et Damain, reproduits *in extenso* dans la *Revue Odontologique*, ainsi que les autres discours qui, tous méritent d'être lus en entier ont reçu de l'assemblée les marques non équivoques de la plus entière approbation.

M. Dubrac, parlant plus spécialement pour la jeunesse, lui adresse sous la forme qui lui est propre et tout à la fois humoristique et pathétique, si j'ose m'exprimer ainsi, quelques cordiales exhortations chaleureusement applaudies.

M. le Maire du VIe arrondissement, dans une éloquente improvisation, exprime toute la joie qu'il éprouve d'assister à cette belle fête. « On m'a remercié, dit-il, de ce que j'ai fait pour l'Ecole; je n'ai fait en définitive que mon devoir strictement, et c'est plutôt à moi à lui adresser toute ma gratitude pour les services signalés qu'elle ne cesse de rendre à la population indigente de mon arrondissement. Ce que j'ai fait, je continuerai à le faire, à lui être agréable et utile par tous les moyens dont je peux disposer.

Il est ensuite donné lecture du palmarès où il sera facile de pouvoir constater et le progrès de l'Ecole et le mérite des élèves. Parmi les diplômés, nous avons remarqué avec satisfaction deux docteurs en médecine et quatre élèves femmes, Mlles Charlier, Wagner, Lesourd et Salba. Le diplôme d'honneur, offert par le Ministre du commerce, a été décernée à Mlle Charlier.

Signalons en passant l'intéressante collection rétrospective d'instruments du XVIIe siècle à nos jours (daviers, clefs, élévateurs, etc.), la bibliothèque exclusivement réservée à l'art dentaire (1500 volumes), et le musée comprenant plus de 1500 pièces d'anatomie pathologique, anatomie comparée, géologie, paléontologie, anthropologie, prothèse, etc). Ces collections, réunies par les soins intelligents de MM. Vizioz et Crignier, offrent aux élèves d'intéressants sujets d'étude et augmentent de jour en jour. Nous aurons l'occasion d'en parler prochainement.

Ecole Dentaire. — Ouverture des Cours.

Lundi 10 novembre, l'Ecole dentaire de Paris fêtait le dixième anniversaire de sa fondation et distribuait les prix et les diplômes à ses élèves les plus méritants. Cette cérémonie, présidée par M. Liard, représentant le ministre de l'Instruction publique, et par M. Donnat, ancien conseiller municipal, avait un véritable caractère officiel; la présence de M. le Directeur de l'Enseignement supérieur équivalait presque à une reconnaissance de l'Ecole par le gouvernement. Jusqu'à ces dernières années, la profession de dentiste n'était soumise à aucune réglementation, il était impossible de trouver un enseignement de l'odontologie; cette lacune a été comblée grâce à quelques hommes dévoués qui nous ont donné un exemple utile à méditer, nous prouvant que l'initiative individuelle pouvait utilement remplacer une intervention gouvernementale. Nous pouvons dire que ce sont Messieurs Lecaudey, Godon, Thomas et quelques autres hommes intelligents et dévoués qui nous ont montré ce que l'on pouvait faire avec la liberté de l'enseignement; de modestes ressources bien employées, une bonne volonté et une entente générales, ont permis en dix ans à l'Ecole dentaire de s'installer dans un hôtel vaste et bien disposé, d'y avoir de nombreux professeurs instruisant chaque année une centaine de jeunes gens. Le diplôme, que cette Ecole a créé et qu'elle ne donne qu'après de multiples et difficiles examens, est maintenant très recherché et peut être considéré comme un brevet scientifique et professionnel. Chaque année, l'Ecole dentaire fait une séance solennelle de l'inauguration de ses cours, les noms des présidents de ces séances suffisent à prouver l'estime dans laquelle on tient cette institution. Nous avons vu le fauteuil présidentiel occupé successivement par les professeurs Verneuil et Trélat, par les docteurs Bourneville et Ehrardt, par Messieurs Strauss, Mesureur, Brisson, etc..., aujourd'hui la présence de M. Liard doit être considérée comme la consécration définitive de l'Ecole dentaire de Paris.

La cérémonie en elle-même a été simple et touchante, M. Lecaudey, directeur de l'Ecole, a souhaité la bienvenue aux invités et tracé rapidement l'histoire des dix dernières années que M. Godon a reprise en détail dans un rapport clair et spirituel; M. Liard a félicité de leur œuvre les fondateurs de l'Ecole, il les a assurés de sa sympathie et de celle du ministre de l'Instruction publique en faisant remarquer à quels bons résultats l'on pouvait arriver sans aucune ingérence de l'Etat; M. Donnat a également prononcé une allocution très applaudie. M. le Dr Thomas, bibliothécaire à l'Ecole de médecine, a alors fait une conférence charmante et pleine d'érudition dans laquelle il a pour ainsi dire retracé l'histoire des dentistes en France; on lui a alors remis une médaille d'or, offerte par ses collègues, en souvenir des éminents services qu'il a rendus à l'Ecole. Les prix ont été ensuite distribués; parmi tant d'élèves méritants, nous retiendrons tout particulièrement les noms de Mmes Cormam, Krazuska, et de MM. de Massias, Meunier, etc. La soirée s'est terminée par un lunch et l'on s'est séparé en faisant des vœux pour la prospérité d'une œuvre aussi intéressante.

Hospice National des Quinze-Vingts. Clinique Nationale Ophtalmologique.

Concours pour l'admissibilité aux emplois d'aides de clinique. — Un concours pour l'admissibilité aux emplois d'aides de clinique à la clinique ophtalmologique annexée à l'hospice national des Quinze-Vingts aura lieu dans les premiers jours du mois de février 1891. La date exacte d'ouverture de ce concours sera annoncée au moyen d'une nouvelle insertion dans le *Journal Officiel* et dans des journaux de médecine. Les opérations du concours auront lieu dans une des salles de la clinique nationale. Les candidats, pour être admis à y prendre part, doivent être de nationalité française, et avoir pris au moins douze inscriptions à l'une des Facultés de médecine de l'Etat; sont, en outre, autorisés à concourir les docteurs en médecine. Les candidats pouvant justifier de leur qualité de docteur en médecine, doivent, pour concourir, être âgés de moins de 35 ans, le jour de l'ouverture du concours: ceux qui n'ont pas leur diplôme ne peuvent se présenter que s'ils ont moins de 30 ans. Toute demande en autorisation de concourir devra être déposée au Secrétariat de l'Hospice National, le samedi 3 janvier, au plus tard.

Le nouveau traitement de la Tuberculose.

A propos de la communication de M. Koch, nous croyons devoir reproduire les réflexions suivantes, empruntées aux journaux quotidiens:

« Les journaux allemands font remarquer avec quelque regret que le traitement du Dr Koch n'est encore abordable que pour les gens aisés, que l'on ne s'est occupé que d'eux et qu'il ne paraît pas que l'on songe à ceux qui ne peuvent pas payer. Quelques baraquements ont bien été établis, où ils peuvent se faire traiter, mais cette installation est tout à fait misérable, et la presse s'étonne que, malgré le bruit mené autour de la découverte du savant, l'argent mis jusqu'ici à sa disposition pour la partie charitable de son œuvre soit loin d'être abondant. Le conseil municipal de Berlin a du se réunir jeudi pour arrêter les dispositions nécessaires en vue d'assurer dans des conditions très larges le traitement des malades pauvres par la méthode du Dr Koch. D'après la *Gazette nationale*, si les réserves de lymphes sont encore insuffisantes, c'est qu'on a des difficultés pour se procurer de grandes quantités de cobayes, l'animal dont le docteur tire les éléments de son remède (1). »

Un grand nombre de médecins étrangers se sont rendus à Berlin, pour suivre de près les expériences faites dans les hôpitaux. Le Gouvernement français a, dit-on, l'intention d'envoyer sous peu des délégués étudier le nouveau traitement. En Autriche et en Allemagne, on rend partout hommage à cette découverte dont la portée est immense. Mais les journaux non scientifiques en ont tant dit sur ce point et diront encore tant, que nous croyons absolument inutile d'insister jusqu'à plus ample informé.

Exercice illégal de la médecine. — Charlatans et Cie.

Un chimiste, un pharmacien et le secrétaire d'un médecin connu s'étaient installés récemment dans le faubourg Montmartre et s'y livraient, tous trois de compagnie, à l'exercice illégal de la médecine. Ils avaient loué le cabinet d'un médecin spécialiste qui, pendant des années, a tapissé de ses affiches les murailles de Paris. On s'imagine aisément les tortures subies par les infortunés que le guignon mettait entre les mains de ces médicastres. Ils

(1) Voir le *Bulletin*.

© ANM

obtenaient au poids de l'or des médicaments qui avaient surtout pour effet de ruiner à tout jamais leur santé. Bientôt les plaintes affluèrent au parquet et le commissaire du quartier fut chargé de mettre un frein à la soif de médicamenter des trois compères. Le magistrat, pour bien faire constater le délit, envoya d'abord son secrétaire demander une consultation au cabinet des trois associés et prit nos charlatans en flagrant délit.

La réclame d'un médecin Vendéen en 1890.

M. P... J... a fait insérer, dans l'*Annuaire de la Vendée* pour 1890, la réclame suivante, qui occupe une page entière, avec un œil au milieu, comme au fond d'un vase... : « Maladie des yeux, guérison rapide, radicale et infaillible, par la pommade P... J... (médecin au Gué-de-Velluire), bachelier ès sciences complet, ex-interne en médecine et en chirurgie des hôpitaux civils et militaires de Poitiers, lauréat de l'École de médecine de Poitiers, *membre du conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Vendée* (!), etc., etc. Il joint également à sa pommade le *Collyre-Lavage J...* — Cette pommade guérit les cataractes, les ulcérations interciliaires, etc. Avis aux médecins de la Vendée.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 24. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Terrillon, Reynier, Retterer. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Fournier, Letulle, Chauffard.

MARDI 25. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Humbert, Gley. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Bouchard, Dieulafoy, Ballet. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Le Fort, Duplay, Maygrier. — (2e *Série*) : MM. Guyon, Tarnier, Campenon. — (2e partie) : MM. G. Sée, Cornil, Gilbert.

MERCREDI 26. — 4e *de Doctorat* : MM. Hayem, Grancher, Marie.

JEUDI 27. — Médecine opératoire : MM. Le Fort, Guyon, Poirier. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Dieulafoy, Gley. — 4e *de Doctorat* : MM. Laboulbène, Proust, Hutinel.

VENDREDI 28. — 1er *de Doctorat* : MM. Regnauld, Villejean, Fauconnier. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Pinard, Tillaux, Segond. — (2e partie) : MM. Fournier, Grancher, Brissaud.

SAMEDI 29. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Nélaton, Poirier. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Debove, Gilbert, Ballet. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Panas, Schwartz, Maygrier. — (2e partie) : MM. Bouchard, Legroux, Chantemesse.

Thèses de la Faculté de Médecine.

MERCREDI 26. — M. Neveu-Derotrie. — De l'hystérie consécutive à l'intoxication par la morphine. — M. Bourcart. Des bains de mer en hiver dans le traitement de la scrofule. — M. Guérin (Gustave). Des bains froids dans la scarlatine et la rougeole malignes. — M. Laborie. Du rôle de la lymphangite dans les affections des organes génitaux chez la femme et de son traitement par le drainage et l'antisepsie utérine. — M. Vigouroux (Abel). Rôle de la vessie pendant l'accouchement et la délivrance.

JEUDI 27. — M. Rocher. De l'emploi du sublimé et de la péritomie dans l'ophtalmie granuleuse. — M. Mandroux. Coryza caséeux. — M. Vaucaire. Étude sur Nabicot et sur l'anatomie et la chirurgie de son époque. — M. Palhier. Contribution à l'étude anatomo-pathologique du cœur dans la phtisie chronique. — M. Simonot. Contribution à l'étude du traitement chirurgical des pseudarthroses et des cals vicieux du fémur. — M. Surel. Contribution à l'étude de la réunion immédiate dans le traitement de la fistule anale. — M. Thiébault. Contribution à l'étude des myxomes du larynx.

Enseignement médical libre.

Cours de technique microscopique. — M. le Dr LATTEUX, ancien chef du laboratoire d'histologie de la Charité, recommencera son cours de technique microscopique et d'atanomie pathologique, le 1er décembre, à 4 heures, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, n° 5, et le continuera tous les jours, excepté le samedi. Essentiellement pratique, il est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter toutes les analyses microscopiques exigées 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, 17, rue du Louvre, de 1 h. à 2 h. (Cours permanent de bactéoriologie.)

BIBLIOTHÈQUES (*Comité des*). — M. le Dr BOTTARD est nommé membre du comité d'inspection et achats de livres près la bibliothèque du Havre, en remplacement de M. Ch. Guin, décédé.

FORMULES

XI. Liniment contre les crevasses du mamelon (SCARFF).

XI. Baume du Pérou	}	àà 2 grammes.
Teinture d'arnica	}	
Huiles d'amandes douces		30 grammes.
Eau de chaux		15 —

Mêlez. Onctions sur le mamelon crevassé, chaque fois que l'enfant a fini de téter. (*Rev. M. D. F.* et *les Nouveaux remèdes*).

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 9 nov. 1890 au samedi 15 nov. 1890, les naissances ont été au nombre de 1099 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 373 ; illégitimes, 149, Total, 522. — *Sexe féminin :* légitimes, 429 ; illégitimes, 148, Total, 577.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 9 nov. 1890 au samedi 15 nov. 1890, les décès ont été au nombre de 979 savoir : 517 hommes et 462 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 7, F. 11, T. 18. — Variole : M. 1, F. 0, T. 1. — Rougeole : M. 8, F. 4, T. 12. — Scarlatine : M. 3, F. 0, T. 3. — Coqueluche : M. 1, F. 1, T. 2. — Diphtérie, Croup : M. 11, F. 13, T. 24. — Choléra : M. 00, F. 00, T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 129, F. 84, T. 213. — Autres tuberculoses : M. 16, F. 5, T. 21. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 6, T. 6. — Tumeurs malignes : M. 11, F. 33, T. 44. — Méningite simple : M. 16, F. 17, T. 33. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 23, F. 20, T. 43. — Paralysie : M. 3, F. 3, T. 6. — Ramollissement cérébral : M. 6, F. 4, T. 10. — Maladies organiques du cœur : M. 20, F. 40, T. 60. — Bronchite aiguë : M. 21, F. 13, T. 34. — Bronchite chronique : M. 19, F. 22, T. 41. — Broncho-Pneumonie : M. 14, F. 16, T. 30. — Pneumonie : M. 28, F. 22, T. 50. — Gastro-entérite, biberon, M. 26, F. 25, T. 51. — Gastro-entérite, sein : M. 8, F. 5, T. 13. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 0, T. 0. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3 — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 4, T. 4. — Débilité congénitale : M. 14, F. 8, T. 22. — Sénilité : M. 13, F. 25, T. 38. — Suicides : M. 11, F. 2, T. 13. — Autres morts violentes : M. 7, F. 5, T. 12. — Autres causes de mort : M. 96, F. 69, T. 165 — Causes restées inconnues : M. 5, F. 2, T. 7.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 96, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 30, illégitimes, 15. Total : 45. — *Sexe féminin* : légitimes, 34, illégitimes, 17. Total : 51.

FACULTÉ DES SCIENCES DE DIJON. — M. MICHANT (V.-H.-J.), licencié ès sciences physiques, est chargé, pendant l'année scolaire 1890-1891, des fonctions de préparateur de zoologie à la Faculté des sciences de Dijon, en remplacement de M. Berthoud, démissionnaire.

FACULTÉ DES SCIENCES DE MONTPELLIER. — M. MOURGUES (E.-M.-F), licencié ès sciences naturelles, est nommé préparateur de minéralogie et géologie à la Faculté des sciences de Montpellier, en remplacement de M. Viguier, en congé.

FACULTÉ DES SCIENCES DE POITIERS. — M. ROUX, docteur ès sciences, maître de conférences de chimie industrielle à la Faculté des sciences de Lyon, est chargé, pour l'année scolaire 1890-1891, d'un cours de chimie à la Faculté des sciences de Poitiers.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — M. CHEVALLIER, licencié ès sciences mathématiques et ès sciences physiques, est nommé préparateur adjoint de physique, à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux (emploi nouveau). — M. PRINCETEAU (L.-R.), docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf années, chef des travaux anatomiques à la même Faculté, en remplacement de M. Planteau appelé à d'autres fonctions. — M. ROUX, docteur en médecine, est maintenu, pendant l'année scolaire 1890-1891, dans les fonctions de préparateur des travaux pratiques de chimie à la dite Faculté. — M. FAVREL (G.), pharmacien de 1re classe, est nommé, pour l'année scolaire 1890-1891, préparateur des travaux pratiques de chimie à la même Faculté, en remplacement de M. Bonnans, dont le temps d'exercice est expiré.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — Un congé, sans traitement, du 1er novembre 1890 au 31 mai 1891, est accordé sur sa demande à M. Rauzier, chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Montpellier.

© ANM

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. AMIEL (H.-Ch.), bachelier ès lettres et ès sciences restreint, est nommé pour l'année scolaire 1890-1891 préparateur du laboratoire de physique à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lyon, en remplacement de M. Coque, dont le temps d'exercice est expiré. Un congé sans traitement est accordé, sur sa demande à M. Viguier, préparateur de minéralogie et géologie à la même Faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. ESTOR, agrégé près la Faculté de Médecine de Montpellier, est chargé en outre, pour l'année scolaire 1890-1891, d'un cours de pathologie externe à la dite Faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. FRIOT (E.-V), docteur en médecine, est nommé, pour l'année scolaire 1890-1891, chef des travaux du laboratoire d'hygiène à la Faculté de médecine de Nancy, en remplacement de M. Vallois, appelé à d'autres fonctions.

ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE NANCY. — M. ERNST (J.) bachelier ès lettres, est nommé, pour l'année scolaire 1890-1891, préparateur d'histoire naturelle à l'École supérieure de pharmacie de Nancy, en remplacement de M. Roesch, démissionnaire.

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'externat.* — Voici les dernières questions qui ont été posées à l'épreuve orale d'anatomie : *Muscle psoas-iliaque* ; — *Vertèbres dorsales.*

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — En date du 11 novembre, M. MEILLÈRE, licencié ès sciences, pharmacien en chef de l'hôpital Tenon, est nommé pour un an, chef des travaux chimiques de l'Académie de médecine.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES ÉTUDIANTS DE PARIS. — A l'occasion de la rentrée des Écoles, l'Association générale des Étudiants avait organisé samedi dernier, au théâtre du Paradis-Latin, une soirée amicale. On y a joué la *Mandragore*, pièce de Machiavel, arrangée par MM. Collas et Hérold. Divers artistes se sont faits vivement applaudir : M. Soulacroix, de l'Opéra-Comique ; Mme Molé-Truffier, Mlle Jeanne Granier, Berr et Laugier, des Français, etc. — La salle du Paradis-Latin était remplie d'étudiants et d'invités, parmi lesquels beaucoup des membres honoraires, des professeurs des diverses Facultés, quelques dames, etc. Bonne soirée, où l'on se sentait entre étudiants.

CHOLÉRA EN ESPAGNE. — Le choléra a, dit-on, presque complètement disparu d'Espagne.

EPIDÉMIE DE VARIOLE. — La variole fait à Saint-Pétersbourg de très-nombreuses victimes. Deux hôpitaux ont dû être exclusivement affectés au traitement de cette maladie.

LABORATOIRE DE ZOOLOGIE MARITIME DE LUC-SUR-MER. — Un congé pour l'année scolaire 1890-1891, est accordé à M. Leroux, chef des travaux du laboratoire de zoologie maritime de Luc-sur-Mer.

MÉDECINS CONSEILLERS GÉNÉRAUX. — Une élection au conseil général a eu lieu dimanche dernier dans le département de la Dordogne pour le canton de Monpont. M. le Dr EYMERY, républicain, a été élu sans concurrent par 1,770 voix sur 1,936 votants et 2,914 inscrits.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — M. le médecin-major de 1re classe Sedan a été désigné pour le 21e d'infanterie. — M. le médecin-aide-major de 1re classe Martin (P.-F.), du 1er chasseurs d'Afrique, a été désigné pour le 27e régiment d'artillerie, par permutation avec M. Michel, médecin aide-major de 2e classe.

MÉDECINE ET ART VÉTÉRINAIRE. — Le Ministre de l'instruction publique, dont l'attention avait été appelée sur l'intérêt qu'il y aurait à accorder aux vétérinaires des facilités pour obtenir le diplôme de docteur en médecine, a soumis la question à l'examen du Comité consultatif de l'enseignement public et a décidé, conformément à l'avis exprimé par cette assemblée, dans sa séance du 23 octobre dernier, que désormais, tout vétérinaire diplômé qui justifiera de l'un des deux baccalauréats, soit ès lettres, soit ès sciences, pourra se faire inscrire en vue du doctorat en médecine.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE. — Les Comités reprendront leurs séances au mois de décembre, aux jours suivants : 1er comité : *Hygiène de l'Enfance*, mardi 2 décembre à 5 heures du soir ; — 2e comité : *Hygiène Urbaine et Rurale*, lundi 8 décembre à 5 heures ; — 3e comité : *Hygiène Industrielle*, lundi 15 décembre à 5 heures ; — 4e comité : *Epidémiologie*, lundi 1er décembre à 5 heures ; — 5e comité : *Hygiène alimentaire*, mercredi 17 décembre à 5 heures ; — 6e comité : *Hygiène Internationale*, lundi 22 décembre à 5 heures ; — 7e comité : *Démographie*, jeudi 11 décembre à 5 heures du soir. Les rapporteurs des questions mises à l'ordre du jour par les comités sont instamment priés d'être prêts pour les dates ci-dessus indiquées.

UNION DES FEMMES DE FRANCE. — L'ouverture des cours de l'Union des femmes de France a eu lieu officiellement mercredi dernier 19 novembre, à quatre heures du soir, au siège de la Société, 29, rue de la Chaussée-d'Antin. La conférence a été faite par M. le Pr Verneuil, membre de l'Institut. — L'Union des femmes de France a commencé ses cours dans le quatorzième arrondissement, 83, boulevard Arago, le lundi 17 novembre dernier, et les continuera tous les lundis, à quatre heures du soir ; ceux dans les 1er, 2e, 3e, 4e, 5e, 6e, 8e, 9e, 10e, 11e, 12e, 16e et 17e arrondissements ouvriront la première semaine de janvier. — Le lundi 17 dernier, à quatre heures, boulevard Arago, 83, M. le Dr Paul Reclus a fait une conférence médicale publique et gratuite, pour inaugurer le cours de médecine pratique que l'Union des femmes de France fait donner chaque année à la Faculté de théologie.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr BÉLOT, Secrétaire du Conseil d'Hygiène de l'arrondissement du Havre. — M. Paul ANDRÉ, étudiant en médecine de 1re année de la Faculté de Montpellier, décédé à 20 ans.

Dyspepsie. — VIN DE CHASSAING. — *Pepsine.* — *Diastase.*

Phthisie, Bronchites chroniques. — EMULSION MARCHAIS.

Dyspepsie. Anorexie. — Ces états pathologiques si fréquents et qui compromettent si gravement la nutrition, sont rapidement modifiés par l'Elixir et pilules GREZ Chlorhydro-pepsiques (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.

Albuminate de fer soluble (LIQUEUR DE LAPRADE) le plus assimilable des ferrugineux (Pr Gubler). Une cuillerée à chaque repas. Chlorose et troubles de la menstruation, c'est le fer gynécologique par excellence.

Phthisie. VIN DE BAYARD à la peptone phosphatée, le plus puissant reconstituant de la thérapeutique. Une à deux cuillerées par repas.

Précieuse. Source de VALS, très efficace contre les affections du Foie et de la Vessie. (Calculs, Gravelle, Diabète, Goutte, etc.) *Prescrite par les Médecins des Hôpitaux de Paris.*

Avis à nos lecteurs.

Nous rappelons à nos lecteurs, à nos abonnés et à nos collaborateurs que tout ce qui concerne la rédaction (livres, journaux, manuscrits, communications, etc.) *doit être adressé au Rédacteur en chef, et tout ce qui concerne l'Administration* (abonnements, librairie, annonces, changements d'adresse, mandats) *à M. Hippolyte Durand.*

AVIS

Un médecin-pharmacien de Paris, après 35 ans d'exercice, désire se retirer. Il traitera à des conditions douces.

Adresser les demandes sous les initiales D. V., au Directeur de l'*Abeille Médicale*, 232, Boulevard Saint-Germain.

PUBLICATIONS DU *PROGRÈS MÉDICAL*.

Vient de paraître :

ŒUVRES COMPLÈTES DE J.-M. CHARCOT

Hémorrhagie cérébrale, Hypnotisme, Somnambulisme, etc., etc. Un beau volume in-oct. de 571 pages avec 13 planches en phototypie et chromo-lithographie (tome IX des Œuvres complètes). Prix : 15 francs. — Pour nos abonnés, prix : 10 francs.

L'impôt sur les spécialités pharmaceutiques et les Eaux minérales, par BOURNEVILLE. Une brochure in-8° carré, prix : 75 cent. — Pour nos abonnés, prix : 50 cent.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

© ANM

18e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XII. N° 48. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 29 NOVEMBRE 1890.

Le Progrès Médical

CLINIQUE INFANTILE

HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS. — M. SEVESTRE.

De la Scarlatine.

Leçon recueillie par L. GUINON, ancien interne des hôpitaux.

SOMMAIRE. — Recherches microbiennes ; — relation de l'épidémie de Hendon, qui semblait démontrer l'origine *bovine* de la scarlatine ; — discussion et interprétation des faits observés.

Infections secondaires dans la scarlatine. — Angine scarlatineuse précoce pseudo-diphtérique.

Importance de l'antisepsie de la gorge et de la bouche.

Messieurs,

Je vous ai fait remarquer, dans une précédente conférence, que la prophylaxie des maladies contagieuses est beaucoup plus complexe et plus difficile à réaliser en médecine qu'elle ne l'est en chirurgie et en obstétrique, et cependant vous avez pu voir que, pour la diphtérie, par le fait même de la localisation des manifestations primitives de cette maladie, nous nous rapprochons jusqu'à un certain point des conditions de la prophylaxie chirurgicale. Avec la scarlatine, nous retombons dans l'obscurité ; car il faut bien reconnaître que les études microbiennes sur ce sujet sont encore fort incomplètes. Il m'a semblé pourtant qu'il pouvait y avoir quelque intérêt à établir le bilan de nos connaissances, ne fût-ce que pour déterminer les points sur lesquels devront plus spécialement porter les recherches ultérieures.

La scarlatine est-elle une maladie microbienne? Cela ne paraît guère douteux, et cependant il serait difficile d'en donner une démonstration positive.

A une époque où la microbie n'était pas encore créée, Hallier avait décrit un champignon, le *tilletia scarlatinosa*, auquel il attribuait bénévolement des propriétés spécifiques. En 1872, Coze et Feltz signalaient, de leur côté, une bactérie ; mais, là encore, il n'était pas question de culture, ni d'isolement à l'état de pureté. En 1882, Eklund décrit un autre microbe, le *plax scindens*, qui serait très commun dans le sol, les eaux, les murs humides, les papiers moisis des chambres, etc. Vous avouerez, Messieurs, qu'il paraît difficile de considérer comme pathogène et de rattacher à la scarlatine un pareil micro-organisme.

Je passe sur les recherches insuffisantes de Crooke et de différents auteurs, qui ont décrit tantôt des bacilles, tantôt des streptocoques, et qui même le plus souvent paraissent ne les avoir vus que dans les bubons scarlatineux, de sorte que l'on doit se demander s'il ne s'agissait pas d'une infection secondaire. En fait, tous laissaient la question indécise, et elle était si peu résolue que, dans leur important ouvrage, paru en 1886 (*Les Bactéries*, 2e éd.), MM. Cornil et Babes consacrent à peine une page à la scarlatine et avouent que toutes nos connaissances se réduisent « à des communications contradictoires et sans grande valeur. »

Depuis cette époque, la question est entrée dans une phase nouvelle, à la suite d'observations faites en Angleterre et dans lesquelles on a cherché à expliquer la propagation de la scarlatine par le lait provenant de vaches malades. En 1882, on avait observé à Saint-Gilles-Saint-Pancrace une épidémie de scarlatine, dont l'origine semblait inexplicable ; on avait cependant remarqué que les personnes atteintes avaient bu le lait d'une vache malade et qui présentait comme symptôme particulier une perte des poils ; mais le fait le plus important est celui qui a été désigné sous le nom d'*épidémie de Hendon*.

Le 14 décembre 1885, le *Local Government Board* recevait avis de l'apparition d'une très forte épidémie de scarlatine à Saint-Marylebone, dans un quartier dont les habitants recevaient le lait de la ferme de Hendon. Or, voici ce qui s'était passé dans cette ferme : le 15 novembre, le propriétaire avait fait venir du comté de Derby trois vaches nouvelles qui, suivant l'habitude, avaient été mises en observation dans un local séparé pendant quinze jours, puis avaient été placées dans l'étable commune parce qu'elles paraissaient saines. Quelques jours après, la scarlatine se développait chez un certain nombre de personnes recevant le lait de ces vaches, alors que d'autres personnes du voisinage ayant du lait d'une autre étable restaient indemnes. Le 4 décembre, l'épidémie éprouvait une recrudescence marquée, en même temps que l'on constatait des signes de maladie sur quatre vaches qui avaient séjourné avec les premières dans le local de quarantaine. On s'empressa alors de prendre des mesures sérieuses, et en particulier on fit jeter au fumier le lait des bêtes malades ; mais les habitants d'un village voisin (Childs'Hill) réussirent à s'en procurer à partir du 16 décembre ; quatre jours après, la maladie apparaissait parmi eux.

Or l'examen des vaches malades démontra qu'elles portaient sur les trayons des ulcérations qui avaient été précédées de vésicules ; une éruption cutanée venue ensuite avait amené une chute des poils en différents points du corps.

M. Power (1), qui fit cette enquête, constatant que les consommateurs du lait de ces vaches étaient seuls atteints de la scarlatine, conclut que là était l'origine de la maladie.

M. Klein (2), à qui on confia les recherches bactériologiques, isola des ulcérations un streptocoque qui, inoculé à des veaux, produisit une maladie semblable avec présence du microbe dans les viscères. A cela rien d'étonnant ; mais M. Klein décela le même streptocoque dans le sang et les viscères de scarlatineux et aussi dans le cadavre d'un singe qui, vivant au milieu de scarlatineux, avait bu du lait incriminé et avait succombé à une courte maladie.

Sur ces données, il n'hésita pas à admettre que ce microbe était celui de la scarlatine.

Vous conviendrez avec moi, Messieurs, que la démonstration n'est pas suffisante, car s'il n'est pas douteux qu'on ait isolé et cultivé un streptocoque, rien ne dé-

(1) Power. — *Report of the medical officer of local Government Board*, 1885-86 n° 8.

(2) Klein. — *Proceedings of the Royal Society*, London, XLII, 1887.

© ANM

montre ni la nature scarlatineuse de la maladie bovine, ni la spécificité du microbe recueilli sur l'homme.

Ces recherches ont été reprises par M. Edington (1) : il a trouvé, dans le sang, dans les viscères et sur la peau, huit micro-organismes, parmi lesquels deux surtout seraient particulièrement importants : le *bacillus scarlatinæ* et le *diplococcus scarlatinæ sanguinis* ; or, fait assez bizarre, le *bacillus scarlatinæ* se trouverait dans le sang dès les premiers jours, mais jamais à la fin et, au contraire, il existerait dans les squames après la troisième semaine, jamais avant ; par différents caractères, ce bacille diffère des autres qui ont été décrits jusqu'ici, mais il n'est nullement démontré que ce soit le microbe de la scarlatine ; l'auteur a essayé des inoculations, elles ont produit sur le lapin un érythème cutané, accompagné de fièvre et suivi de desquamation. Mais cela suffit-il à caractériser une scarlatine ? Assurément non. Vous savez, en effet, combien, en pathologie humaine, certains exanthèmes infectieux ressemblent à la scarlatine, tout en étant absolument différents de cette maladie ; telle est, par exemple, l'observation de Savard (2) où l'on voit un blessé atteint d'une lymphangite presque généralisée, simulant tout à fait une éruption scarlatineuse et qui laissa après elle une desquamation ; généralisation et desquamation ne sont pas des caractères suffisants pour permettre d'affirmer la scarlatine.

Est-ce à dire qu'il faudrait inoculer ces microbes à l'homme pour en prouver la spécificité ? Certes, nous ne pouvons aller jusque-là, bien que M. Edington ait fait ingérer à un adulte, sans résultat d'ailleurs, la dilution d'une culture de son bacille. Pour démontrer, d'une façon positive, l'origine bovine de la maladie, il faudrait tout au moins trouver un cas de contagion directe de l'animal à l'homme ; or ce fait ne s'est jamais présenté, que je sache.

Mais enfin, Messieurs, les faits de Hendon sont indéniables et il n'y a pas à aller contre : de nombreux cas de scarlatine se sont développés chez des personnes qui prenaient le lait d'une certaine étable, alors que d'autres personnes ayant du lait d'une provenance différente, mais se trouvant à d'autres égards dans des conditions analogues, restaient indemnes ; tels sont les faits, mais peut-être sont-ils susceptibles de recevoir une autre interprétation que celle qui a été donnée. En effet, Messieurs, la question paraît résolue d'une façon très satisfaisante par un rapport de M. Thin (3), rapport fort bien fait et fort intéressant.

M. Thin a tout d'abord constaté un fait très important, c'est que le marchand qui avait fourni les vaches de Hendon en avait aussi vendu à d'autres propriétaires ; or ces vaches, comme celles de Hendon, étaient tombées malades au bout de quelques jours, et cependant une enquête très précise permit d'établir que, parmi les personnes, au nombre de plus d'un mille, qui avaient bu le lait de ces vaches, aucune n'avait été prise de scarlatine ; en revanche, parmi les hommes chargés de la traite de ces vaches plusieurs avaient été atteints de lymphangite ou d'érysipèle.

De même, Crookshank, dans une épidémie de même nature qui atteignit plusieurs vaches, ne découvrit pas un seul cas de scarlatine parmi les 1,500 ou 2,000 personnes qui avaient fait usage du lait fourni par ces vaches.

De ces faits, Messieurs, il paraît légitime de conclure, avec M. Thin, que si le lait de Hendon a pu propager la scarlatine, ce n'est pas des vaches que provenait le germe de la maladie.

M. Thin ne s'en est pas tenu là et voici ce que lui révéla une enquête plus approfondie.

Au cours de ses visites à Hendon, il remarqua des blanchisseries, installées près de là, dans un district de Childs' Hill, à The Mead, et il apprit que dans cette région on avait, antérieurement à l'épidémie de Hendon, observé plusieurs cas de scarlatine (un cas le 4 septembre et deux cas le 10 octobre, à Childs'Hill ; deux cas en novembre, à The Mead).

Le fait n'avait, d'ailleurs, rien d'étonnant, puisque les blanchisseries recevaient beaucoup de linge de Londres, où la scarlatine est endémique. Mais, remarquez bien, Messieurs, cette coïncidence : deux hommes, employés comme laitiers à Hendon, habitaient The Mead, ils allaient plusieurs fois par jour de l'un à l'autre de ces deux points séparés seulement par une distance d'un demi-mille. Il n'est sans doute pas prouvé qu'ils aient apporté la scarlatine à Hendon, mais il est du moins très admissible qu'ils aient pu le faire, et l'on comprend facilement qu'ils aient pu contaminer le lait dans les diverses manipulations qu'ils lui faisaient subir, et en particulier dans l'opération qui consiste à agiter le lait avec la main nue pour y mélanger une substance (*The colour*) destinée à en assurer la conservation.

En somme, si le lait peut servir de véhicule au contage de la scarlatine (et le fait est généralement admis en Angleterre) il n'est nullement prouvé que la scarlatine puisse avoir une origine bovine.

La nature de la maladie des vaches de Hendon est encore mal déterminée : pour Cameron, ce serait une maladie nouvelle ; d'après Crookshank, au contraire, il s'agissait d'une éruption de cow-pox dont les pustules déchirées par la traite s'étaient transformées en ulcérations et avaient pu servir de porte d'entrée à une infection secondaire ; en tout cas, il semble impossible d'admettre que ce soit la scarlatine de la vache.

Quant aux microbes décrits par Klein et par Edington, celui de Klein paraît être d'après Crookshank, le streptocoque de la suppuration, et le bacille d'Edington, à en croire Smith, appartient au même groupe que le *bacillus subtilis*. Mademoiselle Marie Raskin, dans un travail fort important (1), nie aussi la spécificité de ces microbes et croit pouvoir admettre que les recherches d'Edington reposent sur des méthodes insuffisantes.

D'ailleurs, Messieurs, ce qui rend particulièrement difficile cette question de microbiologie, c'est la présence dans l'économie de différents micro-organismes pathogènes qui pénètrent pendant ou après la scarlatine et qui constituent séparément ou ensemble ce que l'on appelle *les infections secondaires*. La lumière cependant commence à se faire, grâce aux travaux de Heubner, Litten, Heubner et Barhdt, Crooke, Babes, Fraënkel et Freudenberg, Lenhartz, enfin Marie Raskin.

Je ne reviens pas sur les huit micro-organismes de Edington dont quelques-uns devaient être liés à des infections secondaires. Raskin, dans son dernier mé-

(1) Jamieson et Edington. — *Brit. med. Journ.*, 11 juin 1887.
(2) Savard. — *France médicale*, 1878.
(3) Thin. — *British med. Assoc.*, Dublin, 1887. — *British med. Journ.*, 1887, II, 402.

(1) M. Raskin. *Wratsch*, 1888, nos 37, 44 et *Centralblatt für Bacteriologie und Parasitenkunde*, 1889, nos 13, 14. Cons. aussi : L. Guinon. *Les infections secondaires dans la scarlatine* ; — *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1889, p. 391.

© ANM

moire, étudie vingt-deux cas de scarlatine compliqués de lésions variées, adénites, arthrites, bronchopneumonie, otorrhée, diphtérie, septicémie; dans tous ces cas, elle trouva, soit dans les ganglions, soit dans les articulations, dans le poumon ou dans le pharynx, ou l'oreille moyenne, dans les viscères enfin, un streptocoque qui paraît être le *streptocoque pyogène* modifié par le terrain scarlatineux ; elle ne l'a rencontré que très rarement dans le sang en cas de pyémie; il paraît y séjourner très peu de temps et se fixe dans les organes. Elle signale en outre, dans un cas compliqué de septicémie un bacille qui remplissait les viscères et, dans un autre avec pyémie, le *micrococcus pyogenes tenuis* de Rosenbach; enfin, elle a rencontré dans le pus des otites, les *staphylococcus aureus* et *albus*. Le plus redoutable par sa pénétration rapide et son extension précoce, est le streptocoque, et c'est lui qui cause le plus souvent la mort. Mais remarquez ce fait contraire aux recherches d'Edington, il est très rare dans le sang, très rare dans les squames, on ne le trouve jamais dans la peau.

Lenhartz qui a isolé le même streptocoque, le considère comme identique à celui de l'érysipèle et entre autres preuves, il rapporte ce fait que le professeur Heubner examinant un enfant atteint de diphtérie scartineuse, contracta un érysipèle de la face. L'existence si fréquente du streptocoque dans ces lésions secondaires ne vous étonnera pas, si vous vous rappelez qu'il se trouve fréquemment dans la salive. Or, dans la scarlatine, toutes les conditions sont réunies pour une facile et prompte pénétration; la muqueuse a perdu son épithélium, elle est gonflée, des espaces lymphatiques sont distendus, les cryptes amygdaliennes sont pleines d'exsudats, les ganglions sont infiltrés dès le début; le système lymphatique même de l'intestin est malade, au point que Harley (1), en 1872, proposait d'appeler la scarlatine « fièvre lymphatique ». A la faveur de ces modifications, les micro-organismes pénètrent dans la lymphe, le sang, les viscères.

Ces faits, Messieurs, nous expliquent beaucoup de complications, et, ce qui est plus important, nous donnent la marche à suivre pour les éviter. Prenez, par exemple, les adénites suppurées; on vous dit qu'elles sont liées à l'état infectieux grave; infectieux, oui, mais par pénétration d'un micro-organisme qui ne produit d'abord qu'une infection locale et que par l'antisepsie, vous pouvez éloigner ou atténuer. Cela est si vrai, que l'infection secondaire déjà commencée, vous pouvez encore la combattre efficacement. J'ai vu ces jours-ci, en ville, un jeune scarlatineux qui présentait un bubon cervical en voie de développement rapide; je fis faire une soigneuse antisepsie de la gorge; le bubon diminua, la suppuration fut évitée, et en quelques jours tout était fini. Les arthrites, les otites, la pleurésie paraissent reconnaître pour agents le même micro-organisme; mais celui-ci n'a pas d'autre porte d'entrée que le larynx, et par l'antisepsie soigneusement faite vous devez vous en rendre maîtres.

Cette notion des infections secondaires nous aidera peut-être aussi à interpréter certaines maladies mal connues qu'on a identifiées à la scarlatine ; je veux parler de la *scarlatine puerpérale* qu'ont étudiée Guéniot, Olshausen, Legendre, de la *scarlatine chirurgicale* décrite par Verneuil et Tremblez. Il est certain que dans la plupart de ces cas les symptômes ne sont pas franchement ceux de la scarlatine, et je crois qu'il s'agit là d'infections diverses à l'occasion d'une plaie chirurgicale ou obstétricale.

Je me contente de vous signaler ces faits, mais je dois insister plus longuement sur un autre côté de la question, qui présente au point de vue pratique, un intérêt capital. Je fais allusion à ces cas dans lesquels la gorge est plus ou moins tapissée de productions blanches, qui pour certains auteurs, ne seraient autre chose qu'une manifestation un peu spéciale de la scarlatine, et que d'autres observateurs rattachent sans hésitation à la diphtérie.

Quelle est la nature de ces angines, et quelle place convient-il de leur attribuer? Par l'énoncé seul de la question, vous pouvez, Messieurs, juger de son importance; car, suivant l'opinion que vous croirez devoir adopter, vous formulerez un pronostic différent, et surtout vous suivrez pour le traitement et la prophylaxie une conduite spéciale. Il y aurait donc un grand intérêt à être fixé sur ce point ; malheureusement il est encore assez mal déterminé.

D'après Heubner (1), la diphtérie qui survient dans le cours de la scarlatine offre avec cette maladie les rapports les plus étroits, tandis qu'elle diffère sensiblement de la diphtérie primitive.

Au contraire, la plupart des médecins français admettent aujourd'hui qu'il s'agit là d'une vraie diphtérie, et pour ne citer que l'un des ouvrages les plus récents, c'est l'opinion que vous trouverez exprimée dans le livre de M. Cadet de Gassicourt.

Entre ces deux interprétations extrêmes s'en place une troisième, d'après laquelle il y aurait lieu de distinguer deux formes : l'une précoce, due à l'infection scarlatineuse; l'autre tardive, vraiment diphtéritique. Indiquée déjà par Trousseau (2), Laboulbène, et soutenue depuis par Filatov et par M. Odent (3), cette proposition me paraît se rapprocher beaucoup plus de la vérité ; il est cependant nécessaire, à mon sens, d'en modifier un peu les termes; car, si la diphtérie peut compliquer la scarlatine, je ne crois pas que ce soit toujours et forcément à une époque tardive. Par contre, on peut dire, d'une façon presque absolue, que l'angine, indépendante de la diphtérie, est une manifestation précoce de la scarlatine, ou du moins qu'elle débute dans les premiers jours de cette maladie.

Si l'on examine la gorge chez les enfants atteints de scarlatine, on constate généralement, dès les premiers jours, sur le pharynx, sur les amygdales, sur le voile du palais, une rougeur plus ou moins vive, et cela souvent même avant que l'éruption ait apparu ou encore sans que cette éruption soit très marquée. Cette rougeur n'est autre chose qu'une localisation particulière de l'éruption scarlatineuse qui, dans beaucoup de cas, se fait dans la gorge avant de se faire sur la peau : c'est l'exanthème, ce n'est pas encore l'*angine scarlatineuse*.

Celle-ci, dans les formes les plus simples, est caractérisée, en outre de la rougeur, par un gonflement des amygdales et une douleur plus ou moins vive; souvent aussi on constate sur l'une des amygdales ou sur les

(1) Harley. — *Medico-chirurg. Transact.*, 1872.

(1) Heubner.— Beobachtungen über Scarlach-Diphtérie (*Jahrb. für Kinderheilhunde*, B. XIV, H. I, p. 446).

(2) Trousseau.— *Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu*, 2e édit., t. I, p. 103.

(3) Odent. — Des angines pseudo-membraneuses au cours de la scarlatine. *Thèse de Paris*, 1887.

© ANM

deux des points blancs isolés, productions épithéliales développées, d'après Lasègue, au niveau de vésicules analogues à celles qui constituent la miliaire de la peau.

Dans certains cas, soit dès les premiers jours, soit dans les deux ou trois jours qui suivent, ces points isolés se réunissent et arrivent à former une plaque qui recouvre la plus grande partie de la face interne de l'amygdale. Au bout de quelques jours, ces concrétions se détachent, en même temps que la langue se dépouille de son épithélium ; elles offrent, d'ailleurs, en général, une couleur blanche laiteuse, une friabilité plus ou moins marquée, et au total une apparence suffisamment caractéristique pour que l'idée de diphtérie puisse être immédiatement écartée.

Mais, dans d'autres cas, et c'est sur ceux-là que je désire plus spécialement attirer votre attention, les concrétions se présentent sous forme de membranes offrant une teinte grisâtre, une consistance plus ou moins grande et une adhérence assez intime pour qu'on éprouve quelque peine à les détacher de l'amygdale. Il semble bien difficile, vous l'avouerez, de ne pas penser à la diphtérie ; de fait le diagnostic est en pareil cas très délicat. Dans la diphtérie pure, il est vrai, la muqueuse pharyngée n'offre pas la teinte rouge vif de la scarlatine, mais, si l'on admet que la diphtérie est venue secondairement compliquer la scarlatine, la rougeur devra exister quand même. L'absence d'adénopathie pourra plaider en faveur de la scarlatine, mais si les ganglions du cou sont tuméfiés il ne faudra pas encore conclure à la diphtérie, car vous savez que la scarlatine peut, par elle-même, produire le même résultat.

On a donné, cependant, un caractère distinctif et qui pour certains auteurs, M. J. Simon en particulier, serait absolument pathognomonique : c'est l'intégrité du voile du palais et de la luette. Eh bien, Messieurs, malgré l'autorité des observateurs qui ont donné ce caractère, je n'hésite pas à dire que je ne lui reconnais, dans l'espèce, aucune valeur. Vous avez vu ce matin même une fillette convalescente de scarlatine, et chez laquelle, il y a quelques jours, vous aviez pu constater une plaque grisâtre sur la luette.

Autre exemple : une fille de onze ans nous est amenée le 23 mars avec une température de 40° et une rougeur très vive des amygdales. Le 24 au soir, la température est de 40°,8 ; le 25 au matin, constatant que la rougeur de la gorge a encore augmenté d'intensité et d'étendue et que les amygdales présentent quelques dépôts blancs, je pense à la scarlatine et je fais isoler l'enfant ; en effet, dans la journée l'éruption débute sur la peau et se caractérise mieux encore les jours suivants. Le 28, de larges plaques blanches recouvrent complètement les amygdales, les piliers du voile du palais et la luette est complètement engainée. En même temps, cependant, la température, qui était de 41° le 25 au soir, est descendue graduellement jusqu'à 38°,6, et l'état général s'améliore ; c'est le 31 seulement que la gorge commençait à se déterger et le 6 avril que la luette était complètement dégagée.

Ce n'est pas là, du reste, un fait isolé, et j'ai vu bien des fois des cas analogues. Dans une forme extrême, en effet, les productions blanches ou grises peuvent occuper non seulement les amygdales, mais encore la luette, plus spécialement sur ses bords ou sur sa face postérieure et enfin s'étendre sur le voile du palais de façon à former une couche presque ininterrompue.

Mais ce n'est pas tout, Messieurs, et il y a des cas plus difficiles encore. L'angine membraneuse peut, en effet, précéder l'exanthème scarlatineux ; j'en ai observé un exemple bien remarquable avec mon ami le Dr Michel. Une enfant de 3 ans, fille d'un peintre bien connu, était prise un vendredi d'une fièvre intense et le Dr Michel constatait, le soir même, l'existence de points blancs sur les deux amygdales ; le samedi, jour où je vis l'enfant pour la première fois, ce n'étaient plus des points isolés, mais d'épaisses membranes qui recouvraient les deux amygdales et s'étendaient vers la luette. Pourtant, malgré ces phénomènes si inquiétants, malgré la fièvre, la petite malade n'était pas très abattue et conservait même un certain entrain qui cadrait mal avec l'idée d'une diphtérie grave ; aussi, remarquant la rougeur vive du voile du palais, je demandai s'il n'y avait pas eu la veille d'éruption scarlatineuse, et, séance tenante, nous cherchâmes, mais en vain, cette éruption ; le dimanche, la gorge était dans le même état et le lundi matin elle commençait à se déterger. Dans cette même journée du lundi, l'éruption scarlatineuse se montrait, elle s'accentuait les jours suivants, en même temps que guérissait l'affection de la gorge ; la desquamation qui survint ensuite permit d'affirmer qu'il s'était bien agi d'une scarlatine.

Ainsi donc, Messieurs, l'angine scarlatineuse peut s'étendre à la luette et au voile du palais et même elle peut se propager vers les fosses nasales, ce qui ne contribue pas peu à augmenter encore la difficulté du diagnostic.

J'ajoute que, dans un certain nombre de cas, à l'inverse de ceux que je vous signalais en commençant, le dépouillement des surfaces malades se fait lentement, et les plaques persistent parfois pendant plusieurs semaines. Pendant tout ce temps, d'ailleurs, le larynx reste indemne, et c'est en faisant allusion à ces cas que Trousseau a pu dire que *la scarlatine n'aime pas le larynx*.

En même temps, aussi, l'état général reste relativement bon : les enfants conservent, jusqu'à un certain point, leur entrain et, alors même qu'ils sont atteints d'une fièvre intense, ne présentent pas cette dépression si caractéristique de l'empoisonnement diphtéritique. C'est même là, je crois, le meilleur signe que nous possédions pour le diagnostic de ces cas difficiles. Ce n'est, en effet, ni par l'apparence des productions membraneuses, qui parfois ressemblent d'une façon frappante à celles de la diphtérie, ni par le siège de ces productions, que nous pouvons les distinguer et, malgré l'attention que j'y ai apportée, je n'ai pu trouver dans l'examen local aucun élément d'appréciation qui pût donner une certitude pour le diagnostic.

Malgré cette similitude d'aspect, je n'en considère pas moins l'angine scarlatineuse comme distincte de la diphtérie et je base cette opinion sur les considérations suivantes.

En premier lieu, cette angine est essentiellement bénigne : dans les cas les plus graves en apparence, alors même que les productions blanches recouvrent la luette et le voile du palais, la guérison est la règle ; celle-ci peut sans doute être assez lente à se produire, elle peut même dans certains cas laisser à sa suite une perte de substance résultant d'un sphacèle superficiel de la muqueuse, mais, en fin de compte, je n'ai jamais vu en pareil cas de terminaison fatale directement imputable à l'angine ; or, vous l'avouerez, il serait étrange que

© ANM

la diphtérie, par ce seul fait qu'elle survient dans le cours d'une scarlatine, cessât d'être la maladie infectieuse si redoutable que nous connaissons.

En outre, cette angine ne donne pas la diphtérie et je n'ai jamais eu à me repentir d'avoir gardé dans la salle des scarlatineux les enfants atteints d'angine diphtéroïde. Dans les premiers mois que je passai dans cet hospice, j'eus à traiter plusieurs cas de cette variété d'angine scarlatineuse et, suivant les errements de mes prédécesseurs, je les fis passer au service de la diphtérie, lequel se trouvait alors installé dans une salle infectée de longue date ; ces enfants furent pris au bout de quelques jours de phénomènes infectieux et ne tardèrent pas à succomber. Plus tard, ayant eu l'occasion d'observer quelques autres cas, au moment où l'installation du nouveau pavillon de la diphtérie permettait de les isoler, je remarquai que ces enfants guérissaient très simplement et je pensai que, s'il existait entre ces deux séries de cas des différences aussi tranchées, cela pouvait tenir à ce que les premiers malades transportés dans un service où se trouvaient déjà des cas de diphtérie y avaient pris le germe de cette maladie. Je résolus alors de laisser dans la salle des scarlatineux les cas que je désigne sous le nom d'*angine précoce pseudo-diphtéritique* et j'eus la satisfaction de les voir guérir.

Quelle est donc, Messieurs, la nature de cette angine? La bactériologie, je l'espère, nous le dira quelque jour; mais, pour le moment, nous en sommes encore réduits aux hypothèses. J'ai l'intime conviction, je vous le répète, que cette angine n'est pas d'origine diphtéritique; mais j'ignore si elle doit être directement rattachée à la scarlatine ou si elle ne résulte pas d'une infection secondaire par les streptocoques ou tel autre micro-organisme du même genre (1). En tout cas, et c'est là le point qui nous intéresse particulièrement, les enfants atteints d'angine diphtéroïde, au début de la scarlatine, peuvent être conservés dans la salle des scarlatineux et surtout ils ne doivent pas être transportés dans la salle des diphtéritiques, parce qu'ils seraient exposés à y prendre la diphtérie.... qu'ils n'ont pas.

La scarlatine, en effet, peut se compliquer de diphtérie vraie, mais alors les phénomènes sont différents de ceux que je vous ai indiqués et la terminaison la plus habituelle est la mort à brève échéance. On a dit que cette angine diphtéritique dans la scarlatine survenait toujours à une période avancée de la maladie ; cela est vrai, en effet, pour le plus grand nombre des cas, mais elle peut aussi se montrer près du début. Vous devez ne jamais perdre de vue la possibilité de cette complication et ne pas croire que toute angine précoce est forcément bénigne. Ne négligez donc jamais l'examen complet du malade, tenez grand compte de l'état général, de la fièvre et surtout de la marche de la maladie. Vous rencontrerez des cas difficiles pour lesquels il vous sera presque impossible de vous prononcer dès le premier jour ; c'est pour ceux-là surtout qu'il serait utile dans les hôpitaux de disposer de chambres où les malades pussent être gardés en observation pendant quelques jours. Espérons que nous finirons par les obtenir.

En tout cas, que ces malades soient isolés ou non, vous devrez, comme je vous l'ai déjà dit, faire pratiquer l'antisepsie de la bouche et de la gorge, soit par des applications locales, soit, mieux encore, par de larges irrigations de liquides antiseptiques. (*A suivre*).

(1) La question, encore indécise, malgré les travaux de Prudden et Raskin, paraît maintenant résolue d'une façon positive, à la suite des recherches de MM. Würtz et Bourges (a). Dans tous les cas, étudiés par eux, d'angines pseudo-membraneuses *précoces* s'étant établies dès les premiers jours de l'éruption scarlatineuse, angines offrant tous les caractères apparents de l'angine diphtéritique, ces observateurs n'ont jamais constaté la présence du bacille de Löffler, et, au contraire, dans deux cas d'angines pseudo-membraneuses *tardives* survenues l'une sept jours, l'autre trente-six jours après l'éruption scarlatineuse, ils ont trouvé ce bacille.

Dans les angines pseudo-membraneuses précoces de la scarlatine, ils ont isolé les micro-organismes suivants :

a. Un *Streptocoque* (dans tous les cas), et coexistant avec lui :
b. Le *Staphylococcus pyogenes aureus* (dans 5 cas) ;
c. Le *Staphylococcus pyogenes albus* (dans 1 cas).

Ils ajoutent que le Streptocoque, par ses caractères morphologiques, l'aspect des cultures, et les effets de l'inoculation aux animaux, est très analogue mais non identique au streptocoque de l'érysipèle.

C'est à ce Streptocoque qu'ils attribuent d'ailleurs le rôle principal dans la production des fausses membranes, et ils se croient en droit de conclure de leurs recherches que l'angine pseudo-membraneuse précoce de la scarlatine n'est pas, du moins dans la très grande majorité des cas, de nature diphtéritique.

(a). Würtz et Bourges. — Recherches bactériologiques sur l'angine pseudo-diphtéritique de la scarlatine. —*Archives de médecine expérimentale*, mai 1890, p. 341.

V. aussi *Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux*. Séance du 9 mai 1890 (MM. Sevestre, Chantemesse, Millard).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les buveurs d'éther.

L'habitude de boire de l'éther a, depuis longtemps, pris le pas dans certains pays du nord de l'Irlande, sur celle de boire de l'alcool. Bien qu'on n'ignorât pas ce mal, on en accueillait cependant les récits avec indifférence et même avec incrédulité. Le mal est réel cependant et assez étendu pour que M. Ernest Hart, rédacteur en chef du *British medical Journal*, s'en soit ému et en ait fait le sujet d'une intéressante conférence.

Cette bizarre passion semble remonter aux environs de 1840. Certains auteurs en attribuent le développement à l'effet des prédications du Père Mathiew contre l'alcoolisme, les gens du peuple irlandais ayant trouvé dans l'éther un succédané au wisky, qu'ils ne pouvaient plus boire sans scrupules de conscience. D'autres estiment que cette habitude est née des nouveaux droits fiscaux imposés à l'alcool et du bas prix auquel les populations peuvent se procurer l'éther.

Cette habitude est aujourd'hui très répandue dans plusieurs contrées du nord de l'Irlande; les médecins semblent avoir contribué à la répandre, à son origine, en conseillant souvent l'éther comme stimulant, et en en vendant sans difficultés d'assez grandes quantités à quiconque leur en demandait.

L'éther qui sert à la consommation est tiré des alcools dénaturés pour payer moins de droits, à l'aide d'un mélange d'huile de naphte. Il n'y a pas de différence appréciable entre lui et l'éther sulfurique ordinaire, si ce n'est son prix qui est 6 à 7 fois inférieur et qui permet au pauvre peuple de se griser pour quelques pences.

L'habitude de boire de l'éther paraît surtout répandue dans la portion sud du district de Londonderry; elle a ses principaux centres à Moghera, Magherafelt, Tobermore, Cookstown et Draperstown, qui semble en avoir été le berceau.

© ANM

Ce qu'il y a de plus curieux, c'est qu'on ne semble pas fabriquer un atome d'éther en Irlande, et que la quantité annuellement consommée dans ces seuls districts de buveurs s'élève à plus de 4.000 gallons. Cet éther vient en grande partie d'Angleterre par l'intermédiaire de la ville de Belfast, d'où il est dirigé sur les cantons. Sept manufactures paraissent à elles seules fournir à ce vaste commerce; trois surtout d'entre elles le tiennent dans leurs mains *sans reproches* sinon *sans peur*, car elles craignent joliment la publicité sur ce côté particulier de leur industrie.

Bien que l'éther ait aujourd'hui de nombreuses applications industrielles ou médicales, il en entre dans le Nord de l'Irlande une telle quantité qu'une partie sert certainement à alimenter les buveurs. Les plus grands vendeurs d'éther sont les épiciers, qui cumulent avec leur commerce celui de la droguerie. Ils l'achètent à raison de 80 centimes la livre et peuvent le revendre à raison de 10 centimes les 30 grammes. On comprend qu'aucune liqueur alcoolique n'est moins chère; souvent encore ils le coupent et font alors des bénéfices de cent pour cent.

L'éther se consomme de la manière suivante : la dose moyenne est de 10 à 20 grammes chaque fois, et peut être répétée trois, quatre et jusqu'à six fois par jour. Les uns le prennent pur, les autres mélangé avec de l'eau; d'autres encore avalent d'abord de l'eau, puis l'éther, puis une nouvelle ration d'eau pour se *raffraîchir l'estomac*. Dans beaucoup d'endroits on vend l'éther par verres grands comme un demi-verre à liqueur ordinaire. Il y a des habitués qui prennent ainsi six ou sept petits verres en une heure. Il paraît qu'il existe des buveurs d'éther capables, en un moment de débauche, d'en avaler une pinte!... Quant à la dose capable de produire l'intoxication, elle varie avec la constitution des sujets, leur âge, l'habitude qu'ils ont de cette boisson. Il en est qui boivent de 12 à 20 verres dans une soirée. — Le quart de cette dose suffirait à empoisonner un adulte non habitué.

Le danger immédiat de l'éther, si on le compare aux autres boissons stimulantes, réside surtout dans ce fait que son action s'efface vite et ne laisse après elle que peu de gêne ou d'incommodités (céphalalgies, vomissements, sécheresse de la bouche, etc.), de sorte que le buveur retourne se griser plusieurs fois par jour.

Le mal est plus grand déjà qu'on ne veut bien le dire et il s'étend encore. Le Dr Graves (de Cookstown) le considère comme aussi redoutable que la morphinomanie. — Un fait à signaler, c'est que les buveurs catholiques sont les plus nombreux, les protestants s'abstenant pour la plupart de ce vice particulier.

Les effets immédiats de l'éther sont analogues à ceux de l'alcool, mais s'ils surviennent plus rapidement, ils s'effacent aussi plus vite. A la période d'excitation succède rapidement l'obnubilation intellectuelle ; la perte de la direction des mouvements et la perte de conscience surviennent si vite, que c'est à peine si on peut distinguer les périodes les unes des autres et que les buveurs immodérés tombent presque tout de suite dans la stupeur. Mais beaucoup s'arrêtent à la phase d'excitation et deviennent bavards et agités. Cette stimulation produite par la première dose d'éther, c'est toujours elle que le buveur recherche dans les rasades suivantes et c'est ainsi qu'il arrive à se créer une habitude tyrannique dont il finit par tirer des effets tout opposés à ceux qui se produisaient dans les premiers temps.

Chez les montagnards d'Irlande, l'éther paraît surtout produire l'excitation cérébrale et une sensation particulière de légèreté. Mais il produit souvent aussi une abondante salivation et de violentes éructations ; la face se congestionne et peut devenir livide quand la dose est un peu forte ; puis surviennent la pâleur, la faiblesse et une douleur épigastrique intense auxquelles succèdent un état d'agitation maniaque puis un état de stupeur qui ne dure que quelques instants.

On sait peu de chose des effets éloignés de l'éther sur l'organisme ; l'éther ne semble pas laisser sur le cerveau de marques durables de son passage. Tout ce qu'on signale chez les vieux buveurs, c'est la gastrite et la dyspepsie, et chez quelques-uns un grand affaiblissement du système nerveux, de la prostration, des tremblements, des battements de cœur, un aspect blafard caractéristique accompagné de cyanose de la face. On a noté également l'exagération des réflexes, une profonde déchéance mentale, une perte absolue du sens moral en ce qui concerne les moyens de se procurer le stimulant. L'habitude de boire de l'éther ne semble pas prédisposer à la folie et les médecins des asiles, bien que possédant un certain nombre de ces malades, ne croient pas devoir imputer à cette cause le développement de leur affection mentale.

L'habitude de boire de l'éther abrège certainement l'existence ; d'abord elle expose à la mort subite par ingestion d'une dose trop forte. D'autres buveurs succombent à cause de l'état de leur cœur. On en a vu s'enflammer en allumant leur pipe ! Mais ces observations demandent encore confirmation.

Bien que les effets de l'éther sur le corps ne paraissent pas très importants, il ne faut pas oublier qu'ils n'ont pas encore été étudiés avec toutes les ressources de la science actuelle. Ils seront mieux appréciés sur les nouvelles générations, si le mal continue à s'accroître. Il est actuellement assez limité, mais ne s'étendra-t-il pas bientôt au delà de l'Irlande elle-même, sappant au physique et au moral tous les paysans du globe ?

Il est temps de songer à enrayer les progrès du mal, et nous espérons, avec M. Ernest Hart, qu'on prendra dans l'avenir les dispositions nécessaires pour empêcher l'extension de cette nouvelle et redoutable passion.

L.-R. Regnier.

Médecins de la Compagnie des Chemins de fer du Nord. — Les médecins de la Compagnie des chemins de fer du Nord ont tenu samedi, à l'hôtel Continental, leur réunion annuelle, sous la présidence de M. le Dr Worms, médecin en chef. Après une conférence faite par ce dernier, les assistants, au nombre de 120 à 130, ont pris part à un banquet. Le conseil d'administration a voté, sur la proposition de son médecin en chef, un crédit qui lui permettra d'expérimenter la méthode de Koch dès qu'on pourra se procurer le remède.

Société d'anthropologie. — *Prix.* — Le comité central de la Société d'Anthropologie vient d'attribuer, à l'unanimité, le prix Broca, d'une valeur de 1,500 fr., à M. le Dr Alphonse Bertillon, chef du service d'identification de la préfecture de police.

© ANM

FACULTÉ DE MÉDECINE

Ouverture des Cours du semestre d'hiver.

Cours d'autopsies. — M. le Pr Cornil.

Ce cours a été repris le jeudi 20 novembre, à 10 heures, à l'Hôtel-Dieu, amphithéâtre Bichat. On sait quelle est sa destination. Constatant la déplorable insuffisance, pour ne pas dire la nullité, de l'enseignement des autopsies cadavériques, M. Cornil a voulu donner l'exemple et faire un cours absolument pratique, indépendant de son cours théorique de la Faculté. Il doublait ainsi sa besogne et se voyait obligé de solliciter le bon vouloir des médecins de l'Hôtel-Dieu pour avoir des cadavres, car le professeur d'anatomie pathologique ne peut prétendre, à ce titre, à aucune pièce pathologique dans notre Faculté. Mais les résultats sont satisfaisants, et, chaque année, quelques élèves, en beaucoup trop petit nombre, peuvent étudier la technique des autopsies et voir les principales lésions courantes; ce qui n'existait pas auparavant dans notre enseignement.

M. Cornil a fait l'autopsie d'un tuberculeux, en exposant la méthode générale à suivre dans ces cas, que l'on trouve dans l'excellent *Manuel* de notre directeur. Il a montré ensuite deux kystes de l'ovaire, en a fait remarquer les particularités et indiqué la structure. Il n'a pas voulu laisser passer son premier cours sans insister sur une réforme souvent demandée ici-même (1), celle qui consisterait à user des matériaux immenses maintenant perdus pour les hôpitaux, en organisant dans chaque grand hôpital un service semblable à celui qu'il a constitué à l'Hôtel-Dieu. Beaucoup de médecins des hôpitaux se rallient à l'idée de cette réforme, que M. Chaput réclamait dernièrement encore avec grande raison. Dans certains hôpitaux, à Saint-Antoine par exemple, d'après M. Cornil, les chefs de service admettraient volontiers que leurs autopsies soient faites par un prosecteur d'anatomie pathologique, chargé en même temps de l'examen histologique des pièces, de l'organisation et de l'entretien d'un musée pathologique, et ayant sous ses ordres un préparateur plus spécialement chargé de la bactériologie. Il faudrait que ces prosecteurs aient le même rang que les médecins des hôpitaux, pour éviter toute contestation. Un concours spécial serait donc nécessaire; il serait basé principalement sur une des deux épreuves pratiques, l'une d'autopsie avec leçon sur le cadavre, l'autre d'histologie et sur l'exposé des titres. Des externes seraient désignés pour ces services et chargés de rédiger les protocoles d'autopsie; ils ne seraient d'ailleurs pas forcés d'y rester tout une année. Cette création, accompagnée de celle d'un laboratoire unique par hôpital, ce qui serait à la fois économique et profitable aux études, aurait certainement une influence puissante sur le relèvement de l'enseignement médical à Paris.

Comme on le voit, le mot d'ordre à la Faculté, c'est de raisonner; nul n'était plus autorisé que M. Cornil, qui prêche d'exemple, pour indiquer les réformes nécessaires et celle qu'il propose, dont nous sommes, au *Progrès médical*, partisans convaincus, sera d'autant plus facile à réaliser qu'il l'a fait entrer dans la pratique de l'Hôtel-Dieu et qu'elle a fait ses preuves. Ce n'est donc pas un projet en l'air, c'est une mesure à généraliser, qui serait un pas considérable vers la création et la règlementation de l'*enseignement dans les hôpitaux de Paris*.

(1) Voir *Progrès médical*, nº des Etudiants.

Clinique médicale (*Hôtel-Dieu*). — M. le Pr Germain Sée.

M. le Pr G. Sée a fait sa leçon d'ouverture, le lundi 17 novembre, sur les *méthodes thérapeutiques anciennes et nouvelles*. La thérapeutique n'est pas comme on l'a dit un art, mais bien au contraire une science qui a pour base toutes les données médicales et qui les résume toutes.

Elle embrasse 4 méthodes: 1° La *méthode curative* qui s'attaque à la cause même du mal, et qui est en train à cette heure solennelle, où nous attendons les résultats des recherches de l'illustre Koch, de subir la plus grande révolution que l'esprit humain puisse concevoir. Le médecin n'a eu que rarement encore l'occasion de s'attribuer une guérison véritable; celle-ci n'est réelle, médicale, scientifique que dans les maladies spécifiques ou spéciales. Elles sont peu nombreuses, mais solidement établies. La première, c'est la *syphilis*, type de la maladie spécifique, non microbique, car on n'a jamais vu l'agent pathogène; mais nous en connaissons les agents thérapeutiques: le mercure et l'iodure de potassium. Vient ensuite la *malaria*, connue au temps d'Hippocrate, tandis que son remède, le quinquina, ne l'est que depuis le XVIIe siècle. Laveran nous montre dans cette maladie des plasmodies qui naissent et meurent avec l'accès de fièvre. Or, la quinine est un destructeur des plasmodies. Nous sommes loin de l'empirisme aveugle à qui nous devons cependant le mercure et le quinquina. La 3e maladie c'est le rhumatisme articulaire aigu, très probablement d'origine microbique, ainsi que Bordas a tenté de le démontrer. Avec les anciens traitements, il durait avec des alternatives terribles de 2 mois et demi à 3 mois. En 1877, après Stricker, je préconisai le salicylate de soude qui coupa la maladie en 3 jours. Le rhumatisme est une maladie spécifique: l'acide salycilique en est l'antiseptique. Voilà les médicaments spécifiques et les maladies du même nom. Mais ne croyez pas qu'ils agissent invariablement de la même façon, sous toutes les formes, sur tous les degrés de ces maladies, vous auriez des déceptions. On peut aussi obtenir des effets prodigieux lorsqu'on saisit la cause véritable d'une maladie au milieu de tant d'autres. Voyez l'*anémie pernicieuse*: elle est due à la présence dans l'intestin de l'Ankylostome duodénal (Egypte, ouvriers du Saint-Gothard, mineurs de Cologne) ou au bothriocéphale (Finlande). *La fougère mâle* guérit instantanément des malades qui semblaient voués à une mort certaine.

2° *Thérapeutique prophylactique ou préventive*. L'hygiène nous fournit les moyens d'empêcher les maladies de naître. Voilà les progrès de la civilisation scientifique. — 3° *Thérapeutique symptomatique, physiologique, expérimentale*. Bien dédaignée, bien attaquée, elle constitue entre les mains du médecin l'arme la plus puissante, le moyen le plus intelligent, parce qu'il repose sur la physiologie expérimentale. N'est-ce donc rien de faire disparaître un symptôme ou une lésion menaçant la vie? Ce traitement ne peut être confondu ni avec la *méthode expectante*, ni avec l'*homéopathie*, ce produit illégitime de la médecine. Je placerai plus volontiers à côté les procédés *psychiques* et *suggestifs* qui détraquent définitivement le cerveau des malades en changeant leur mal pour un autre.—4° *Méthode de ménagement des symptômes*. C'est la tendance manifeste du jour de vouloir ménager certains symptômes et de traiter les malades par la douceur pour ne pas demander trop d'énergie à leurs organes. La toux est un symptôme tantôt bon, tantôt mauvais: toutes les fois qu'il y a abondante sécrétion de liquide dans les bronches, il y a tout

© ANM

intérêt à laisser la toux accomplir son œuvre d'expulsion. On doit l'arrêter lorsqu'il n'y a rien à expulser. Il y a en 3e lieu des cas plus difficiles. Ainsi chez les cardiaques, elle peut augmenter l'asphyxie et les troubles circulatoires. On pourrait citer une foule d'autres exemples : le vomissement, la diarrhée, la fièvre. Il est aussi des organes qu'il faut savoir exercer ou ménager. Le cœur en fournit un exemple saisissant. De toutes ces méthodes, il résulte un corollaire : la méthode conservatrice, qui s'applique à une foule de cas de maladies chroniques.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 10 novembre 1890. — Présidence de M. Hermite.

M. Phisalix adresse une note sur l'*étude expérimentale du rôle attribué aux cellules lymphatiques dans la protection de l'organisme contre l'invasion du Bacillus anthracis, et dans le mécanisme de l'immunité acquise.* D'après ces recherches, le ganglion lymphathique joue à la fois un rôle mécanique et chimique ; c'est un organe d'arrêt et un modificateur puissant de la forme et de la virulence de la bactéridie charbonneuse. Le microbe transformé est rendu moins apte à résister à l'action nocive du sang et du plasma intercellulaire. Mais il n'est pas détruit sur place par les cellules ; au contraire, il vit, fabrique des vaccins, puis, au fur et à mesure qu'il pénètre dans le sang, il est rendu inoffensif et est éliminé : c'est le sang qui est le véritable destructeur du microbe. — Quand, pour des raisons encore mal déterminées, la résistance de l'organisme s'affaiblit, ce microbe, jusque-là en activité latente dans les cellules, reprend une activité plus grande et sécrète le poison spécifique qui engendre la mort tardive de l'animal. Les cellules lymphatiques jouent un rôle mécanique incontestable ; leur action chimique est moins bien déterminée. En tous cas, cette action ne suffirait pas à elle seule à anéantir le Bacillus anthracis ; elle n'empêcherait pas les infections secondaires et l'on pourrait même dire, à ce dernier point de vue, que l'intervention de la cellule est plutôt un danger qu'un bienfait.

MM. Courmont et Dor. — *Production expérimentale de tumeurs blanches chez le lapin, par inoculation intraveineuse de culture atténuée du bacille de Koch.* — Les expériences ont été faites avec une culture pure de bacille de Koch, atténuée par le vieillissement au point de ne pouvoir tuberculiser le cobaye ou le lapin par inoculation sous-cutanée. Cette culture pouvait cependant déterminer des lésions tuberculeuses par inoculation en grande quantité dans la cavité péritonéale. — Cette culture a été injectée à la dose de 4 à 10 gouttes dans le système veineux de cinq jeunes lapins : pendant 5 mois, les 5 sujets ont paru indemnes de toute infection. Vers le 6e mois, sans intervention de traumatisme, tous les sujets ont commencé à maigrir et à présenter dans une ou plusieurs articulations des signes de tumeur blanche. A l'autopsie, on constate que les lésions sont la reproduction exacte de celles des tumeurs blanches de l'espèce humaine. Dans tous les cas, les lésions étaient étroitement localisées dans les articulations. Les auteurs concluent que les tuberculoses locales primitives paraissent être dues à l'action d'un virus tuberculeux atténué, qui, après avoir pénétré directement dans le sang, peut ne manifester sa présence qu'au bout de plusieurs mois. Les synoviales articulaires, au moins chez les sujets jeunes, se prêtent mieux que les organes viscéraux à l'implantation du virus tuberculeux atténué.

Séance du 17 novembre 1890. — Présidence de M. Hermite.

Remarque sur quelques sensations acoustiques provoquées par les sels de quinine.

M. Berthelot a observé sur lui-même que les bourdonnements ou bruits internes, tels qu'il les percevait après l'injection d'un sel de quinine (lactate), constituaient la sensation d'un bruit continu, comprenant un ensemble de sons simultanés compris dans toute l'étendue des sons perceptibles, depuis les plus graves jusqu'aux plus aigus avec perception nette des intermédiaires. Il est surtout facile d'analyser le phénomène la nuit. Le phénomène observé paraît répondre à une excitation générale du nerf acoustique.

Sur un antiseptique gazeux ; son action sur la bactérie pyogène de l'infection urinaire.

M. Chabrié a étudié les propriétés physiologiques du fluorure de méthylène. Mélangé de son volume d'air dans un tube de bouillon de culture, il s'oppose au développement de la bactérie de l'infection urinaire et peut même la détruire en plein développement. M.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 22 novembre 1890. — Présidence de M. Chauveau.

M. Laborde, à propos du procès-verbal de la dernière séance, rappelle que M. Rondeau, il y a cinq ans, dans son laboratoire, a eu le premier l'idée de la *transfusion du sang de chien dans un but vaccinal.* Il est parti de cette idée que le chien est réfractaire au charbon, pour transfuser du sang de chien aux moutons, pour essayer de les vacciner contre le charbon. — Ceci à propos des expériences de MM. Richet et Héricourt.

M. Chauveau lit un pli cacheté de MM. Courmont et Dor sur la *vaccination d'une forme de tuberculose.* C'est probablement une tuberculose aviaire et non pas une tuberculose humaine, car la culture a été très abondante dans l'eau glycérinée ; et la tuberculose humaine n'a pas été obtenue directement en cultures, que l'on sache, dans aucun laboratoire français. Il importe de préciser ce point ; toutes les expériences rapportées jusqu'ici à la Société de Biologie n'ont pas de rapports avec la tuberculose humaine ; ce sont des tuberculoses aviaire, bovine, ou des pseudo-tuberculoses diverses. Les expériences de MM. Courmont et Dor ont porté sur huit lapins. Six ont reçu une culture filtrée dans le péritoine ou dans les veines. Sur ces six, deux furent laissés comme témoins, deux inoculés immédiatement avec culture virulente complète, et les deux derniers avec la même culture, mais quelques jours après. Les deux lapins témoins, inoculés avec culture virulente, sont morts. Les deux soumis au seul liquide filtré n'ont rien eu ; les deux suivants, soumis à la double injection simultanée, n'ont fourni qu'un mort ; les deux suivants également. On a repris alors les deux survivants inoculés avec culture virulente, et, après quelques mois, ils ont été réinoculés avec de la tuberculose probablement aviaire, prise directement sur un cobaye, et ils sont restés bien portants depuis le 12 octobre dernier. Ces résultats sont intéressants au point de vue absolu ; mais, encore une fois, il ne faut pas oublier qu'il ne s'agit pas de la tuberculose humaine.

M. Féré. — *Sur la rapidité de temps de réaction.* — Chez les hémiplégiques, il existe une diminution de la force musculaire dans les mouvements d'élévation de la mâchoire. Le temps de réaction réflexe est plus court dans ces muscles que normalement, tandis que le temps de réaction des mouvements volontaires est retardé. Chez les hystériques hémiplégiques, on constate aussi un retard considérable de la réaction dans le masseter du côté pris, et ce résultat est intéressant à noter, car on admet généralement que la paralysie hystérique n'atteint pas la face. Les recherches de M. Féré ont été faites à l'aide d'un instrument spécial construit par M. Verdin.

M. de Varigny dépose une note de M. Contejeam sur l'*innervation de l'estomac chez la grenouille.*

M. Charrin présente un *lapin atteint de maladie pyocyanique chronique*, avec paralysie du train postérieur. Les lésions se sont étendues presque dans l'encéphale,

© ANM

l'animal présente du tremblement de la tête, avec déviation du côté gauche et nystagmus passager, hémianesthésie du côté droit. Ce sont les fibres cérébelleuses, à leur sortie des pédoncules cérébraux, qui ont dû être atteintes pour produire cette série de symptômes.

M. Retterer a étudié sur des fœtus de baleine et de dauphin, le *développement de la verge*. Il a pu voir qu'elle se fait chez ces animaux de la même façon que chez tous les autres mammifères. Pour M. Retterer, le gland n'est pas le renflement antérieur du corps spongieux de l'urèthre, comme le bulbe en est le renflement postérieur ; c'est l'idée ancienne de Ruysch ; mais Cuvier, Malgaigne étaient opposés à l'opinion générale, et l'étude de leur développement prouve qu'ils avaient raison. Le gland se forme avant le corps spongieux et aux dépens des deux artères dorsales de la verge, tandis que le corps spongieux se développe aux dépens des artères bulbo-uréthrales. Il est vrai que les deux systèmes s'anastomosent largement plus tard, et qu'on peut injecter le gland par l'une ou l'autre artère, et c'est ce qui a donné lieu à l'opinion de Ruysch. Le gland n'est donc que la fusion du corps caverneux, du corps spongieux et de la coque érectile de la verge, c'est un organe tout entier érectile, mais d'origine complexe, et cette façon de le comprendre permet de s'expliquer sa morphologie chez tous les Mammifères.

M. Roger. — *Sur l'influence des nerfs sensitifs sur l'infection.* — La section du grand sympathique augmente, on le sait, la résistance des tissus à l'infection. Or, quand on inocule un microbe après avoir sectionné les nerfs sensitifs de la région, le nerf auriculo-cervical pour l'oreille de lapin, par exemple, on observe une exagération de l'infection. Ainsi, une culture peu virulente de Streptocoque inoculée dans l'oreille donne du 4e au 6e jour de l'inoculation une plaque érysipélateuse étendue, envahissant tout le pavillon, avec phlyctènes et petits abcès. La chute des eschares qui se produisent entraîne la mutilation de l'organe par échancrures ou perforations. L'oreille du côté non énervé, inoculée de même, se guérit au contraire très rapidement. La section des nerfs sensitifs favorise donc l'infection, tandis que celle du grand sympathique hâte la guérison. Les deux résultats sont absolument opposés.

Alex. Pilliet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 24 novembre 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

Élection d'un membre titulaire dans la *section de pathologie chirurgicale.*

Sur 71 votants, M. Périer est élu avec 67 suffrages. MM. Berger, Horteloupet Lucas-Championnière obtiennent une voix. Un bulletin blanc.

P. S.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 21 novembre 1890. — Présidence de M. Dumontpallier.

M. Rendu lit au nom de M. Culot (de Maubeuge), une note sur un cas de *phlegmon* analogue à ceux que citait M. Merklen dans sa récente communication. Une incision large pratiquée dans le creux susclaviculaire donna issue à une quantité de pus noirâtre horriblement fétide. Les suites furent excellentes et, quelques semaines après, le tissu cellulaire mortifié s'étant éliminé par la plaie, la cicatrisation se fit et le malade guérit. L'auteur insiste sur les bienfaits de l'incision large et conseille même, en dehors de toute localisation appréciable l'incision ou les incisions, préférables en toutes circonstances à la temporisation dont le résultat est presque toujours fatal.

M. Hayem présente un ouvrage sur le *chymisme stomacal*.

M. Legroux connait un malade atteint comme celui de M. Dieulafoy de *spasme rythmique du voile du palais*. Ce spasme n'est pas isochrone aux battements du cœur.

M. Féréol cite le cas d'un malade hystérique, jouissant de la faculté connue sous le nom de *dermographie* et qui a essayé à plusieurs reprises à l'aide de cette faculté de simuler des maladies pour se faire admettre dans divers services hospitaliers.

M. Comby fait une communication sur *l'érythème noueux chez les enfants*. — Il n'a rencontré cette affection, aussi rare que le zona, que 1 fois pour 1,000 enfants environ. Il paraît prédominer chez les garçons, mais certaines variétés sont particulières aux filles (E. noueux des blanchisseuses). Il se montre de préférence chez des sujets de 5 à 11 ans. On a fait de cette variété d'érythème une manifestation arthritique. Il semble être plutôt une maladie accidentelle qui survient chez des enfants robustes, comme les fièvres éruptives. Il ne semble pas contagieux. Il débute par des symptômes généraux très appréciables sur la plupart des malades et une fièvre à exacerbations vespérales et parfois à type rémittent, puis surviennent les nodosités érysthémateuses caractéristiques au niveau des bras et des jambes. Le malade guérit en 8 à 10 jours, quelquefois il y a plusieurs poussées successives et la maladie peut se prolonger de 15 jours à un mois. Le pronostic est bénin. On n'observe pas, comme chez les adultes, de complications (péricardite, endocardite, congestion pulmonaire). Pour l'orateur, cette affection est une maladie spécifique, comparable aux fièvres éruptives et sans liens de parenté avec le rhumatisme.

M. Legroux. — Les rapports avec le rhumatisme me semblent évidents, par ce fait que l'érythème noueux s'accompagne souvent de douleurs qui ne cèdent qu'au salycilate de soude.

M. Barié. — D'après un mémoire allemand, il existerait des rapports entre l'érythème noueux et la tuberculose.

M. Hayem fait remarquer que la communication de M. Comby soulève une question de pathologie générale. M. Bouchard a fait remarquer que certaines affections cutanées (acné, purpura, urticaire) coïncidaient souvent avec la dilatation stomacale. Dans des cas où ces affections survenaient en dehors de la dilatation de l'estomac, j'ai trouvé le chimisme altéré. J'ai appliqué le traitement et vu disparaître l'affection cutanée en même temps que l'altération des fonctions gastriques, et cela sans médication locale. Je me demande en conséquence si un certain nombre d'affections cutanées ne résultent pas de fermentations anormales de l'estomac. Nous ignorons, en effet, les rapports qui relient les fonctions de la peau à celles de l'estomac. Je ne veux pas dire cependant que dans l'érythème noueux il ne puisse s'agir d'une infection générale.

M. Hallopeau partage l'avis de M. Comby en ce qui concerne l'indépendance de l'érythème noueux et du rhumatisme.

M. Legroux ne croit pas qu'on puisse en aucune circonstance considérer l'érythème noueux comme une manifestation de la tuberculose héréditaire.

M. Ollivier pense que l'érythème noueux est plus fréquent chez les enfants que ne le dit M. Comby. Sa rareté chez les tous jeunes enfants n'est pas en faveur de la théorie de M. Hayem. Chez les enfants plus âgés, l'influence du rhumatisme s'est rencontrée dans presque tous les cas.

M. Laveran s'étonne de voir discuter l'étiologie rhumatismale de l'érythème noueux. Les rapports de cette affection avec le paludisme paraissent douteux.

M. Rendu trouve qu'il est difficile de dénier la provenance rhumatismale de l'érythème noueux. On voit souvent chez les arthritiques l'érythème noueux faire suite à une attaque de rhumatisme articulaire ou réciproquement. Quand aux rapports de cette maladie avec la tuberculose, il a vu une malade mourir de phtisie aigue à la fin de la convalescence d'un érythème noueux qui l'avait beaucoup fatiguée.

M. Millard confirme également la nature rhumatismale de cette affection.

M. Comby reste convaincu de la spécificité de l'érythème noueux et partage l'avis de M. Hayem relativement à la coïncidence de cette maladie avec les altérations du chymisme stomacal.

La Société se forme en comité secret.

L. R. Regnier.

© ANM

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 26 novembre 1890. — PRÉSIDENCE DE M. TERRIER.

M. RICHELOT. — *De l'arthrectomie pour arthrite tuberculeuse du genou.* — On admet aujourd'hui que la résection du genou dans les tumeurs blanches de cette articulation est une opération excellente, ne donnant pas de mortalité à proprement parler; par contre, toute opération partielle, dans les cas ordinaires, semble être considérée comme insuffisante jusqu'à l'heure actuelle. Toutefois, il faut distinguer entre l'arthrectomie de certaines opérations limitées, exécutées au cours d'arthrotomie, telle que le curage articulaire. M. Richelot pense, en effet, que l'arthrectomie telle qu'il la pratique — et non pas celle dont M. Delorme a entretenu en mars 1888 la Société, — est une opération recommandable dans certains cas donnés. Pour être valable, elle doit pouvoir assurer la destruction intégrale de toutes les parties molles malades (synoviale, ligaments, tissus périarticulaires), c'est-à-dire assurer la suppression totale des fongosités; mais les os doivent être *sains*, sinon elle n'est pas de mise; la résection est seule indiquée. Or, M. Richelot est d'avis, contrairement à l'opinion des auteurs, que l'intégrité du squelette du genou, dans l'arthrite tuberculeuse de cette jointure, est plus fréquente qu'on ne l'a admis. C'est ce qu'il a pu constater dans 9 opérations (5 résections, 4 arthrectomies). Par suite, si le curage articulaire est mauvais et insuffisant, dans les cas où les os n'ont rien, l'arthrectomie est très rationelle. Voici comment il la pratique :

1° Incision des téguments, transversale ; section transversale de la rotule, de façon à pouvoir la reconstituer. — 2° Dislocation de l'articulation en coupant les ligaments latéraux, puis les ligaments croisés. A partir de ce moment, tous les recoins de l'article deviennent visibles. On a une jambe de polichinelle qui ne tient à la cuisse que par un lambeau postérieur. On enfonce alors le bistouri dans les os (extrémité du tibia et condyle du fémur) pour voir si les os sont sains et s'il n'y a pas de foyers caseux à leur centre. — 3° Ablation de la synoviale et des fongosités. On sacrifie les ménisques, car ils sont ordinairement altérés ; on fait l'éradication des ligaments latéraux et même du ligament postérieur en y procédant avec précautions. Les os sont dépouillés de leur cartilage, si ces derniers sont atteints et ulcérés. — 4° Pour suite des fongosités jusqu'à une grande distance de l'article, de façon à n'en pas laisser. — 5° Reconstitution de la jointure après désinfection au sublimé où à la solution phéniquée forte. La rotule est suturée à l'aide des catguts passant dans le ligament rotulien et le tendon du triceps ; plusieurs fils sont placés sur le périoste. L'emboîtement des surfaces articulées se fait avec facilité. Drainage latéral. Gouttière métallique, sans immobilité absolue nécessaire. Même pansement que pour une arthrotomie. L'ankylose est réalisée après 1 mois ; l'opéré marche le 2e mois.

Les malades ainsi opérés ont un membre qui a sa longueur normale ; il n'y a donc pas de raccourcissement du membre comme après la résection. Ils ne boitent pas et ne fauchent pas, quoique M. Championnière en pense ; cela est dû à ce qu'il se fait un très léger degré de flexion au niveau de l'article opéré, grâce à l'absence d'immobilité rigoureuse sous le pansement. M. Richelot a fait 6 fois cette opération, mais 5 fois seulement pour des arthrites tuberculeuses (1 cas pour laxité articulaire). Deux cas (le cinquième et le sixième) ne sont pas démonstratifs ; mais les trois autres datent déjà de deux ans et demi, douze mois et sept mois. L'arthrectomie semble donc donner les mêmes résultats thérapeutiques que la résection ; mais elle présente les avantages suivants : moins de complexité dans les soins consécutifs, conservation de la longueur normale du membre. Chez les enfants, ce serait une opération à faire, si malheureusement les os n'étaient pas atteints dans la plus grande majorité des cas.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — En pratique, l'arthrectomie ne paraîtra pas aussi bonne qu'en théorie, quoique l'arthrectomie que fasse M. Richelot soit presque une résection typique. Pour lui, l'idéal de l'arthrectomie serait une opération qui permettrait d'obtenir des mouvements dans le genou, en conservant les ligaments latéraux et le tendon rotulien. Aussi bien ne comprend-il pas l'utilité d'une arthrectomie qui immobilise. M. Richelot, dans une série heureuse, n'a pas trouvé d'altération des os, mais il reste convaincu, malgré les observations présentées, que les os sont plus fréquemment atteints qu'on ne le croit dans l'arthrite tuberculeuse. Souvent même on les juge sains et ils sont, en réalité, malades. L'ankylose avec conservation de la longueur du membre ne lui paraît pas une circonstance à souhaiter. Les opérés fauchent, dans ces conditions, tandis que les réséqués ne fauchent pas. Il est vrai que M. Richelot recherche un peu de flexion du genou pour parer à cet inconvénient ; mais, avec un genou un peu fléchi, les malades ne sauraient être solides sur leurs jambes. Les réséqués cachent très facilement leur difformité, c'est-à-dire le raccourcissement du membre inférieur. Ils marchent très bien à 5 mois, mais après un mois ils peuvent se lever. Après l'arthrectomie, comme on laissera souvent des foyers tuberculeux, l'état général ne s'améliorera pas. Il n'est pas convaincu, en tous cas, par les observations de M. Richelot. Il demande à revoir les malades à une période plus éloignée. Deux années ne sont pas suffisantes pour savoir si une tuberculose est guérie.

M. VERNEUIL préfère le terme *Synovectomie* à celui d'Arthrectomie. Il est du même avis que M. Richelot : il ne faut pas comparer cette opération telle que l'entend M. Richelot, avec les extirpations partielles de synoviale préconisées autrefois et récemment par les étrangers. Il pense qu'il y a un bon nombre de cas d'arthrite tuberculeuse qui ne s'accompagnent pas de lésions osseuses. Cela est surtout vrai pour la coxalgie, le Mal de Pott. Il croit d'ailleurs que ce diagnostic de l'altération des os est facile à faire. M. Richelot a raison de rechercher un certain degré de flexion du genou, parce que les ankylosés du genou fauchent un peu, leur membre étant trop long. D'ailleurs, quand il n'y a pas de flexion, pour rendre la marche facile, il suffit d'allonger l'autre membre en faisant porter du côté sain un soulier à haut talon, de 1 cm. 1/2 par exemple.

M. QUÉNU. — Est-il possible de savoir d'avance s'il y a des lésions osseuses dans une arthrite tuberculeuse? M. Verneuil le croit. M. Quénu croit au contraire que ce diagnostic clinique est impossible. Il n'est même pas possible quand l'articulation est largement ouverte. L'auteur cite des cas qui le prouvent. Dans 2 cas de résection, il a enlevé des os paraissant sains ; or, ils étaient malades. Il faut savoir cependant que la tuberculose des os peut être indépendante de celle de la synoviale et que les deux foyers peuvent ne pas communiquer. Il peut se faire, comme le pense M. Verneuil, qu'un foyer tuberculeux laissé en place dans un os, arrive à guérir seul ; soit. Mais du moment qu'on a pris le bistouri, il vaut mieux enlever tout le mal, pendant qu'on peut le faire. M. Quénu a fait 10 résections, dont 4 chez des jeunes gens. Il importe, dans ces cas, de respecter le cartilage épiphysaire ; mais il faut savoir que celui-ci peut s'ossifier prématurément par le seul fait d'une intervention (surtout s'il y a suppuration). C'est comme si on l'avait enlevé. Il conclut en disant que pour lui la tuberculose des os dans l'arthrite tuberculeuse est la règle, surtout chez les enfants, et l'absence de lésions osseuses l'exception. Par suite, il préfère la résection à l'arthrotomie.

M. BERGER, qui a fait 25 résections du genou, a cherché à faire l'arthrectomie, mais n'a pas encore trouvé de cas où les indications de cette opération se soient trouvées toutes posées. Il pense qu'il y a très souvent des lésions osseuses centrales et il cite un cas très démonstratif à ce point de vue (tubercules trouvés dans un os paraissant sain lors d'une résection orthopédique pour ankylose angulaire d'une tumeur blanche du genou guéri depuis longtemps). Il est convaincu que les malades qui ont guéri par l'arthrectomie auraient guéri sans intervention. Or, ceux que l'arthrectomie n'aura pas guéri, l'auraient été par la résection ! L'ankylose est à rechercher ; c'est une terminaison désirable. Le gros ennui de la résection, à son avis, est l'arrêt possible de l'accroissement du membre. Comme M. Quénu, il pense que le cartilage épiphysaire peut s'ossifier par suite de l'intervention ou même par le seul fait de l'existence d'une lésion articulaire voisine qui retentit directement sur lui.

M. NIMIER lit un rapport sur une observation de M. le

© ANM

Dr Kummer (de Genève). La partie clinique de l'observation qui fait la base de ce travail a été publiée déjà (1).

M. Terrillon termine la lecture de son travail sur les *sarcomes utérins*. Il étudie la marche de cette affection et le traitement qu'il faut lui opposer, après avoir insisté sur la difficulté du diagnostic. La seule opération rationnelle est l'extirpation *totale* de l'utérus, sous peine de voir bien vite des récidives survenir dans le moignon utérin conservé. Malheureusement elle n'est pas toujours possible, et souvent on doit se contenter d'interventions palliatives qui ne sont pas sans danger. C'est ainsi que se borner à faire une opération analogue à une laparo-myomotomie pour un sarcome pédiculé est très insuffisant ; c'est ainsi qu'un grattage et une cautérisation au chlorure de zinc, pratiqués pour arrêter une hémorragie causée par un sarcome interstitiel, ont été suivis d'accidents septicémiques.

M. G. Marchant présente une jeune fille de 17 ans à laquelle il a fait une *résection humérale pour scapulo-tuberculose*. Conservation des mouvements. Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 27 novembre 1890. — Présidence de M. Labbé.

M. Bardet lit *un rapport au nom de la Commission chargée de préparer un projet de revision des statuts de la Société.*

Discussion sur le traitement de la pleurésie purulente.

M. Bucquoy. — Dans un mémoire que j'ai lu à la Société médicale des hôpitaux, j'ai émis les conclusions suivantes : 1° Nécessité absolue d'antisepsie complète dans l'opération de l'empyème ; 2° Ouvrir largement la poitrine ; 3° S'abstenir de tout lavage. Ces conclusions se trouvaient appuyées de 4 faits dans lesquels j'ai eu un succès complet et une guérison rapide. Nous sommes en désaccord sur quelques points, M. Fernet et moi. Nous sommes du même avis sur l'antisepsie absolue dans la pleurotomie. Je suis d'avis d'ouvrir largement et de bonne heure la poitrine, ainsi que M. Fernet. Nous ne différons d'avis surtout qu'au point de vue des lavages. Le désaccord n'est pas si grand qu'on pourrait le croire. M. Fernet de plus cherche à éviter parfois l'empyème en faisant la thoracentèse, avec injections intra-pleurales.

En 1873, Lister et Ewald firent la première pleurotomie antiseptique, puis ce furent Traube, Fraentzel, Kœnig, Gœschel et Wagner. En 1882, Mollière, de Lyon, fit la première en France. Hache, l'année suivante, publia un mémoire fort important sur la question. La conséquence de cette nouvelle pratique a été de changer complètement la marche consécutive à l'opération de l'empyème. Autrefois on avait une mortalité de 80 0/0, actuellement il faut renverser la proportion. L'antisepsie doit être faite de la façon la plus rigoureuse. Pendant quelque temps, on n'a fait l'opération et les pansements qu'avec le spray. Depuis que les chirurgiens l'ont abandonné, on l'a abandonné aussi pour la pleurotomie. M. Bouveret, dans son traité de « l'Empyème », dit qu'il faudrait le conserver. Aujourd'hui on ne l'emploie plus. J'ai fait 2 pleurotomies sans le spray, et la guérison a été rapide. Il faut surtout penser à la désinfection du malade, des mains de l'opérateur et des instruments. A propos des lavages, il y a à distinguer : ceux faits au moment de l'opération et ceux faits ultérieurement. Ces derniers sont des moyens dangereux. Quant au lavage fait après l'opération, il est logique d'enlever tout ce qu'on peut de pus de la plèvre. J'accorde volontiers qu'on peut par là diminuer la pullulation et la pénétration des microbes dans la plèvre. On ne compromet pas non plus la marche ultérieure ; on ne décolle pas de fausses membranes. Dans les faits que j'ai observés, je n'ai eu aucun accident, malgré l'absence de lavage consécutif. La marche de la maladie s'est parfaitement effectuée. Je pense que si le lavage est inutile il n'est pas nécessaire d'en faire et je n'en fais pas.

Je n'ai pas employé cette pratique pour innover ; je l'ai suivie en présence des résultats des chirurgiens, mes prédécesseurs. Bouveret, sur 43 observations, en relève 13 où il n'a pas été fait de lavage, et ces cas sont ceux où la guérison s'est faite le plus rapidement. Je dis donc : lavez ou ne lavez pas ; je ne le fais pas parce que je n'en ai pas vu la nécessité. Je ne blâme personne de le faire. — Quant aux lavages répétés, il faut les rejeter à tout prix, à moins que dans le cours du traitement le liquide ne devienne putride. Il est illogique et dangereux de décoller les adhérences de la plèvre, d'empêcher le travail de réparation, sans parler des troubles nerveux qui peuvent en être la conséquence.

M. Fernet a parlé de la conduite à tenir suivant la nature du pus contenu dans la plèvre. Dans deux cas que j'ai traités, cette étude a été faite par M. Netter. Dans le dernier cas, il y avait une abondance extrême de streptocoques et le malade a guéri par la pleurotomie sans lavages.

M. Dujardin-Beaumetz. — Quand ça pue, il faut laver ; nous sommes d'accord sur ce point. Mais dans les communications précédentes, on n'a pas tenu compte de l'âge de l'opéré. Chez les enfants, l'empyème est une opération merveilleuse, agissant à coup sûr. A mesure que les côtes s'ossifient, les feuillets de la plèvre se recollent difficilement ; la poitrine étant irréductible et n'allant pas vers le moignon pulmonaire, ce dernier étant de plus maintenu en arrière par des adhérences. Dans cette circonstance, si la pleurésie est ancienne, je crois qu'il faut se servir des lavages. Quand il y a des fausses membranes très épaisses, je crois qu'il faut laver pour enlever cette matière sphacélique qui donne de la putridité du liquide pleural. Quand la pleurésie est ancienne, que l'individu est assez jeune, je crois qu'il faut faire la pleurotomie antiseptique sans lavages. Il y a encore beaucoup de médecins qui hésitent à faire l'opération de l'empyème ; il est nécessaire de montrer qu'actuellement c'est le meilleur moyen curatif de la pleurésie purulente.

M. Bucquoy. — Dans un cas de pleurésie chronique, datant d'une année, chez un malade de 50 ans, j'ai obtenu une guérison avec pleurotomie sans lavage, en 40 jours.

A. Raoult.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 26 novembre 1890.

Présidence de M. le Dr Lagneau.

M. André présente un *appareil filtrant*.

M. Rouart présente également un *appareil destiné à donner de l'eau absolument pure et stérilisée par la vapeur.*

MM. Herscher, Chamberland et Gautreley prennent la parole sur la question des eaux d'alimentation.

M. le Dr Deshayes. — *Contribution à l'étude du saturnisme dans la ville de Rouen.* — Les cas de saturnisme sont beaucoup plus considérables à Rouen que dans les autres grandes villes. C'est principalement le cidre qu'on peut incriminer, le cidre attaquant par son acidité les récipients contenant du plomb, ou bien le plomb entrant dans la fabrication du cidre falsifié. — Les statistiques montrent qu'à Rouen le saturnisme est souvent la cause d'avortements nombreux. L'auteur termine sa communication en citant des cas d'intoxication plombique consécutive à l'ingestion de pigeons ou de gibier qui avaient été tués à coup de fusil.

M. le Dr Pinard. — *De l'assistance de la femme enceinte et accouchée.* — L'auteur expose l'assistance que la ville de Paris donne aux femmes enceintes, en couches et accouchées. La Société, considérant la femme enceinte comme une femme valide, ne la secourt pas : seule quelques établissements privés la reçoivent, mais la font travailler et la surmènent. Quant aux femmes en couches, elles sont traitées avec grand soin dans les hôpitaux : malgré tout, elles partent toujours plus tôt qu'elles ne le devraient ; elles quittent l'hôpital, malgré le médecin, du troisième au douzième jour. Sur 425 femmes que j'ai interrogées, 130 sont sorties pour reprendre leur travail, 102 pour aller reprendre leurs enfants, 9 pour chercher leurs enfants mis au dépôt, 26 pour aller au Vésinet. En somme, elles sont sorties poussées par la nécessité. Une fois accouchées, elles reçoivent des bureaux de bienfaisance des secours ; ces secours se montent par accouchée à 10 fr. 65 centimes !

Les femmes qui allaitent sont également secourues, mais dans une très petite mesure. Dans certains arrondissements une femme n'est secourue que si elle a 3, 4 et même 5 enfants

(1) *Rev. méd. de la Suisse romande*, 1890.

© ANM

(20e arrondissement). Il serait nécessaire d'accomplir certaines réformes importantes. Je demanderais pour les femmes enceintes qu'elles soient secourues pendant leur grossesse, avec leurs enfants; aider et protéger la mère constitue la véritable protection de l'enfance. Dans les maternités, les femmes devraient pouvoir garder près d'elles, dans des crèches, leurs autres enfants. Dans ces conditions, la nouvelle accouchée ne chercherait pas à quitter l'hôpital le troisième ou quatrième jour. Pour les femmes accouchées, il faudrait des asiles qui les recevraient plusieurs mois. Quand les mères ne seront plus abandonnées, elles n'abandonneront plus leurs enfants.

MM. Napias et Bouvard prennent part à la discussion.

M. Lagneau. — Dans des recherches analogues que j'ai faites il y a une vingtaine d'années, j'avais été également frappé de l'état d'abandon dans lequel les filles-mères étaient laissées, et j'avais demandé alors la création de maternités-ouvroirs.

M. le Dr Mangenot lit un travail sur la *revaccination dans les écoles*. Il montre que la pulpe de vaccin est préférable au vaccin pris directement sur la génisse. Martha.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 13 novembre 1890. — Présidence de M. Polaillon.

De la diffusion a tergo et de la résistance des tissus dans le traitement électrique utérin. — M. Danion. — On a pensé que le trajet interpolaire absorbe à son profit toute l'intensité électrique. Je pensais avoir démontré le contraire. J'ai cependant vu des assertions récentes qui maintenaient les anciens errements ; c'est pour cette raison que j'ai voulu vous rendre témoins des expériences qui m'ont permis de démontrer que l'intensité des courants diffusés extrapolaires ou à tergo est supérieure dans un certain périmètre à celui des courants intrapolaires. Cette démonstration se fait très simplement à l'aide d'électrodes de dérivation placées entre les électrodes principales ou en dehors d'elles, ainsi que vous pouvez le voir. La conséquence pratique de ces expériences est que la meilleure position des électrodes se trouve être le cul-de-sac postérieur et l'abdomen. C'est elle qui donne le moins de perte de force, mais je tiens à déclarer qu'au point de vue pratique ceci a peu d'importance, puisqu'il suffit d'élever légèrement l'intensité principale pour intéresser avec des intensités dérivées suffisantes les tissus, tels que les tumeurs fibreuses par exemple. J'ai voulu vous le démontrer avec la résistance osseuse qui est la plus forte, ainsi que celle de l'épiderme. Vous pouvez vous rendre compte que, pour intéresser le tissu osseux avec les mêmes intensités diffuses que le tissu le moins résistant, il suffit d'élever d'un tiers environ les intensités principales. Mais il est bien évident qu'en présence de tous les autres tissus il suffit d'une augmentation d'un dixième au plus pour les intéresser les uns autant que les autres, et que, par suite, l'objection qui consiste à dire que la méthode extra-utérine perd en diffusion une intensité utile est doublement fausse, puisque à ce point de vue elle est supérieure à l'action intra-utérine et compense, avec une augmentation d'intensité insignifiante, les prétendus avantages de la ponction sur les désavantages de laquelle je crois par contre bien inutile d'insister.

Séance du 20 novembre 1890. — Présidence de MM. Leblanc et Polaillon.

Observations d'accidents à la suite d'injections vaginales mal faites. — M. Roulin appelle l'attention de la Société sur trois cas qu'il a récemment vus dans sa clientèle et où des femmes bien portantes ont été prises de douleurs violentes dans le ventre et les reins, d'étouffements et de frissons, ont eu la face grippée, finalement ont été obligées de s'aliter à la suite d'injections vaginales pratiquées avec des solutions boriquées. Il a remarqué que les accidents s'étaient tous produits avec des canules très longues et il les attribue à un choc très violent du liquide contre le col utérin.

M. Duchesne a, en 1878, déjà appelé l'attention sur des faits analogues. Comme M. Roulin, il leur donne pour cause les réflexes occasionnés par une contusion du col, et ayant fait construire par Galante des canules non perforées à leur extrémité, ne les a jamais plus vu se produire.

M. Delthil croit, comme mécanisme étiologique, à une pénétration du liquide dans l'utérus sans dilatation préalable du col. Il a l'habitude de faire cette dilatation préalablement à toute injection intra-utérine et s'en est ainsi mis à l'abri.

M. Dubuc se demande si ces accidents réflexes n'étaient pas plutôt dus à quelques gouttes de liquide antiseptique ayant pénétré dans le péritoine après cheminement par la voie des trompes.

M. Roulin, d'après la physionomie générale des accidents, qui n'ont jamais comporté de douleur péritonéale, ne peut pas se ranger à cette manière de voir. Il ne croit pas non plus à celle de M. Delthil, car il a vu des accidents encore plus graves survenir chez des femmes à col dilaté, des nouvelles accouchées par exemple (1).

Variations comparatives des éléments azotés urinaires dans le traitement hydrominéral de Vichy. — M. Gautrelet rapporte un résumé de 490 observations, comportant 1080 analyses d'urines, desquelles il sait que chez les diathésiques hyperacides, alias arthritiques, les éléments azotés incomplètement oxydés de l'urine tendent, par le traitement alcalin, à s'accroître, tandis que les éléments complètement oxydés augmentent. Ainsi, chez ces malades, l'urée passe de 66 à 85 p. 100 de la normale, l'acide urique va de 79 à 80,5, et la créatinine de 120,5 à 76 p. 100. Il en conclut que le traitement alcalin de Vichy favorise les échanges organiques dans une très large mesure, puisqu'il tend à équilibrer les trois formes d'azote de l'excrétion urinaire chez les diathésiques présentant précisément une diminution notable de ces échanges organiques.

Kyste de la grande lèvre chez une fillette de 6 ans survenu probablement dans les vestiges du canal de Nück. — M. Monnier présente les pièces d'un kyste dont le diagnostic étiologique ne peut, d'après les considérants exposés par l'auteur, être considéré comme autre que celui d'un kyste du canal de Nück. Ce fait vient donc s'ajouter à celui signalé par MM. Tillaux et Richelot, comme démonstratif au point de vue de l'existence de ce canal niée par Duplay (2).

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Le traitement de la tuberculose par la méthode de Koch.

Le numéro du 20 novembre de la *Deut. med. Woch.* contient l'exposé des différents cas traités par l'injection du liquide de Koch. Après les brillantes promesses contenues dans la communication du professeur berlinois, exagérées surtout par la presse, on est surpris, en lisant l'analyse des observations cliniques, des termes modérés et souvent même un peu vagues dont se servent les médecins allemands, touchant la guérison des malades traités. Ainsi que le disent Köhler et Westhphal, il est impossible de se prononcer d'une manière absolue. Sans vouloir mettre en cause l'efficacité du traitement, nous sommes étonnés d'entendre Koch parler de la guérison du lupus, alors que les observations les plus favorables signalent « une tendance à la cicatrisation ».

Application systématique du remède de Koch contre la tuberculose pulmonaire ; par Frantzel et Runkurtz.

Depuis le 13 septembre 1890, le traitement de Koch a été appliqué sur 12 malades atteints de tuberculose pulmonaire et présentant tous des bacilles dans leurs crachats. Dans 4 cas de tuberculose avancée, l'évolution du processus n'a pas été modifiée et, à l'autopsie, on n'a pas constaté de tendance à la cicatrisation. Dans 8 cas où les lésions étaient moins étendues, on a constaté, après 15 à 50 jours de traitement, un amendement notable des différents symptômes : Les hémoptysies ne se sont pas renouvelées, l'expectoration, les sueurs nocturnes, la toux, ont diminué, l'état général s'est amélioré et le poids des malades a augmenté de 2 à 5 livres. Les bacilles ont fait défaut dans les crachats pendant un ou plusieurs jours. L'injection a toujours produit chez les malades

(1) La pathogénie invoquée par les auteurs ci-dessus nous paraît fort discutable. Il s'agit là d'auto-inoculations traumatiques dont l'origine est facile à soupçonner.

(2) Bien des faits analogues ont été publiés à l'étranger.

© ANM

atteints de tuberculose les différents phénomènes signalés par Koch : le frisson qui apparait 6 heures après ; l'élévation thermique atteignant de 38 à 40° ; enfin, de l'inappétence, du malaise et des douleurs plus ou moins vives dans la cavité thoracique. Le frisson et l'élévation thermique se répètent à chaque nouvelle injection, jusqu'à ce qu'enfin la réaction ne se produise plus. Le liquide de Koch agit sur les bacilles : leur nombre diminue et l'on constate diverses modifications de leur structure ; la plupart d'entre eux sont réduits de moitié, ils sont plus étroits. Les uns sont fragmentés et donnent l'aspect d'une chainette. Les autres sont renflés à leur extrémité, en forme de biscuit. Ces transformations morphologiques sont rares en dehors de l'emploi du liquide de Koch.

Premiers cas de tuberculose chirurgicale traités par la méthode du Dr Koch ; par W. LEVY.

Il s'agit de 3 cas de lupus traités par les injections de liquide de Koch et qui paraissent actuellement en voie de guérison.

Recherches faites avec le liquide de Koch pour le traitement de la tuberculose ; par KÖHLER et WESTHPHAL.

Après avoir décrit les différents symptômes présentés par les malades atteints de tuberculose chirurgicale (lupus, arthrites, adénopathies, etc.) à la suite des injections du liquide de Koch, ils terminent leur communication par la phrase suivante : « Notre note a été faite dans le but de donner une idée exacte de l'état actuel de la question. Nos observations ne permettent pas encore de se prononcer d'une manière absolue. »

Note sur les résultats obtenus à l'aide du traitement de Koch.

M. le Pr BERGMANN expose les différents cas de tuberculose chirurgicale traités à sa clinique et comprenant au total 37 malades. Il dit, en terminant : « Nous espérons que celui qui a découvert le bacille de la tuberculose a trouvé aussi le moyen de lutter contre les effets terribles de ce fléau. » M.

HYDROLOGIE

Traitement de la Pleurésie.

Observation recueillie à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le Dr Barié, dans un cas de PLEURÉSIE. Salle Saint-Bernard, lit n° 30.

Victor J..., âgé de 22 ans, coiffeur, entré le 2 mars 1888.

La maladie a débuté le 20 février par quelques douleurs lombaires et un léger degré de courbature. Le 26, apparaissent au côté gauche une douleur s'accompagnant d'oppression et d'étouffement, et quelques petits frissons. Le 27, le malade, s'étant levé, a ressenti, peu de temps après, un grand malaise, des vertiges, des éblouissements qui l'ont forcé à se recoucher. Le malade n'a pas eu de céphalalgie ; son appétit était un peu diminué mais se maintenait bon. Il n'a eu ni vomissement, ni diarrhée.

Antécédents héréditaires. — Le père du malade est bien portant, sa mère est morte d'accident, ses grands parents sont morts très âgés.

Antécédents particuliers. — Depuis deux ans le malade sent que ses forces diminuent : il est plus sensible au froid qu'il ne l'était auparavant et il s'enrhume très facilement. Il y a un an, il a ressenti quelques douleurs dans les articulations et quelques palpitations de cœur. L'examen du malade fournit les signes suivants :

1° *Examen des poumons.—Percussion.* Sous la clavicule gauche, sonorité tympanique à gauche ; sonorité normale à droite. En arrière : sonorité normale dans le côté droit. Submatité dans la fosse sus-épineuse gauche. Matité à deux travers de doigt au-dessous de l'épine de l'omoplate. Les vibrations thoraciques sont abolies au-dessous de l'omoplate gauche, et considérablement diminuées au-dessus.

2° *Auscultation.* — Respiration normale légèrement soufflante à droite. Respiration soufflante dans la fosse sus-épineuse gauche. Souffle tubulaire, doux et lointain, commençant au-dessous de l'épine de l'omoplate et devenant de plus en plus doux à mesure qu'on se rapproche de la base. Le murmure vésiculaire manque dans toute l'étendue du souffle.

Le pouls est fréquent. Le point de côté réside à gauche au niveau de la dernière fausse côte. Le malade tousse un peu, et cette toux occasionne des douleurs thoraciques. Le malade n'a pas de nausées ni de vomissement, mais une constipation qui dure depuis le 26 février. Langue blanche et humide.

Le 15 mars, on pratique la thoracocenthèse qui fournit 1,600 grammes d'un liquide peu épais et rosé. L'état du malade ne se modifie que très lentement. Il est très affaibli ; le moindre dérangement le fatigue et provoque des éblouissements. Il a des sueurs profuses ; il s'anémie considérablement et ce n'est que dans les premiers jours de mai qu'il entre en convalescence.

Le 13 mai, le malade commence à prendre de l'eau de La Bourboule.

Etat général du malade à ce moment. — Le malade est très faible. Il a des étourdissements non seulement quand il est debout, car il se lève environ deux heures dans la journée, mais encore dans le lit.

Il mange avec assez d'appétit, ses digestions se font assez facilement : mais il souffre d'une constipation opiniâtre. Le malade ne tousse pas et l'auscultation des poumons ne nous donne aucun signe anormal. Celle du cœur ne nous fournit rien de pathologique ; nous ne trouvons pas de souffle d'anémie. Le malade a de la céphalalgie. Il est abattu, il est très pâle, ses traits sont tirés, ses gencives, ses conjonctives, ses lèvres sont décolorées. La quantité d'urée est de 6 gr. 405 par litre.

15 mai. — Bon appétit. Digestion bien faite. Une selle. Pas de toux. Pas de fièvre. Quelques transpirations. Un peu de céphalalgie avec névralgie dentaire et insomnie. Quelques points douloureux intercostaux. Grande faiblesse. Tremblement des membres inférieurs non seulement dans la station verticale, mais encore lorsque le malade est au au lit.

17 mai. — L'état gastrique est excellent. Le malade a très bien mangé et bien digéré. Pas de lourdeur d'estomac. Pas de vomissements. Selle normale. Langue bonne. Céphalalgie légère. Pas de fièvre. Pas de transpiration pendant la nuit, un peu pendant la journée. Nuit assez bonne. Un peu de névralgie faciale gauche. Pas de toux. Le malade est encore faible, mais, s'étant levé une partie de la journée, il n'a pas eu de vertige ou d'étourdissement.

Du 19 au 23 mai ; le mieux a continué pendant ces quatre jours. Le malade a toujours eu un appétit satisfaisant et pas la moindre pesanteur d'estomac. Les selles ont été normales. Il n'a éprouvé aucune lassitude, aucun étourdissement, aucune faiblesse.

Il n'a pas toussé, n'a pas eu de fièvre ou de transpiration pendant ces trois jours-là.

24 mai. — Pas de toux. Pas de transpiration nocturne. Le malade se trouve assez bien pour demander l'autorisation de quitter l'hôpital, autorisation qui lui est accordée.

La quantité d'urée est de 5 gr. 124.

TRAITEMENT. — Eau de la Bourboule, vin de quinquina.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Une nouvelle salle d'opérations à l'Hôtel-Dieu.* — Le conseil municipal de Paris vient d'adopter un projet d'exécution de travaux à l'Hôtel-Dieu, pour création d'une salle d'opérations destinée au service de la clinique chirurgicale.

COMITÉ D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE. — Au dernier comité d'hygiène publique de France, M. le Dr Bergeron a lu un rapport favorable sur un projet d'amenée d'eau dans la commune de Lambezellec (Finistère), et M. le Dr Thoinot a communiqué un rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde à Villerville, rapport dans lequel il est conclu à nouveau que l'eau est le véhicule des germes de la maladie.

© ANM

VARIA

L'impôt sur les spécialités pharmaceutiques.

Les raisons sérieuses, reposant sur des faits précis, données par la presse médicale tout entière contre l'établissement d'un impôt sur les spécialités pharmaceutiques, jointes aux observations, motivées sur des considérations d'ordre économique, présentées par les intéressés, soit individuellement, soit par l'intermédiaire de leur chambre de commerce ou de leurs syndicats, paraissent avoir fortement ébranlé le projet, nous ne dirons pas de M. Rouvier, mais plutôt de l'un de ses chefs de service. Dans le but, louable assurément, d'aider son ministre à équilibrer son budget, ce chef de service a sorti de ses cartons un vieux projet qui lui a semblé fournir le tribut nécessaire. On n'a fait ressortir aux yeux du ministre que les arguments *pour*, laissant dans l'ombre les arguments *contre*. Or, en toute affaire et surtout en matière d'impôt, il faut examiner les objections.

Deux fautes énormes ont été commises. La première a consisté à admettre, sans examen, de confiance, les évaluations démesurément exagérées d'un sénateur fantaisiste. Si l'on avait consulté tous les documents du ministère des finances, si l'on avait demandé l'avis du ministre du commerce, on n'aurait pas lancé l'honorable M. Rouvier dans cette aventure. La seconde faute a consisté à décapiter le projet en écartant les spécialités de parfumerie et de toilette non fabriquées par des pharmaciens. Il s'ensuit que le projet tel qu'il est ne peut fournir les millions dont on a besoin, que sa perception serait aussi coûteuse que vexatoire, que, dans les conditions où il se présente, il constitue une injustice, frappant les pharmaciens qui fabriquent des spécialités de toilette, des spécialités hygiéniques, et exemptant les commerçants non diplômés qui fabriquent les mêmes spécialités.

M. Rouvier était, à notre avis, beaucoup mieux inspiré lorsqu'il manifestait le désir de combler le déficit en recourant à une surtaxe de l'alcool. Nous espérons que, mieux renseigné, il n'hésitera pas à abandonner le projet d'impôt sur les spécialités pharmaceutiques, dont il n'est que le père adoptif, et qu'il reprendra le projet de surtaxe de l'alcool, dont il est l'auteur, et qui tout en assurant un produit certain, n'offre aucun des inconvénients du projet qu'on a voulu y substituer. B.

Le Choléra.

Choléra en Espagne. — L'épidémie de choléra continue à sévir, en diminuant toutefois d'intensité, dans la province de Séville. D'après les nouvelles reçues de Gilena, l'état sanitaire de ce village est des plus graves. Du 8 au 10 novembre, on a enregistré 71 cas et 29 décès. Tous les villages environnant Gilena ont formé des cordons sanitaires et de nombreux groupes d'hommes armés gardent les abords du village contaminé afin que personne ne puisse y pénétrer. On prétend également que quelques cas ont été observés à Puerto-Santa-Maria qui est situé sur la baie même de Cadix, en face de cette ville, à six kilomètres nord, par mer. On signale aussi plusieurs cas à Derocca dans la province de Saragosse.

Choléra en Asie. — Les derniers pèlerins ottomans rapatriés par le *Ghirid*, ont quitté les lazarets de Beyrouth et de Smyrne, exempts de maladies suspectes. On peut considérer le pèlerinage musulman de 1890 comme terminé, non sans une grande mortalité, mais sans que le choléra ait suivi les pèlerins au delà du canal de Suez. Le choléra du vilayet d'Alep et des deux villes de Hama et de Homs, faisant partie du vilayet de Damas, a déjà donné de 3,500 à 4,000 décès. Si l'épidémie accentue sa marche vers les sources de l'Oronte, elle va tendre à redescendre vers celle du Léontès, dans la plaine de la Beccaa, et dès lors les grands centres de Damas et de Beyrouth seront menacés. Mais jusqu'à présent les villes du littoral méditerranéen, Tripoli, Beyrouth, etc., demeurent indemnes.

Précautions sanitaires à la frontière espagnole. — Durant les deux semaines qui viennent de s'écouler, 144 navires sont entrés dans nos ports ; le nombre des voyageurs a été de 2,533 ; 130 opérations de désinfection ont été pratiquées. A la frontière des Pyrénées il est passé au poste sanitaire de Hendaye, pendant la semaine dernière, 1,442 voyageurs, parmi lesquels 203 ont subi l'opération de désinfection ; les postes sanitaires d'Urdos, de Béhobie, de Daucharinea ont été fermés.

Policlinique de Paris.

(Deuxième Assemblée générale).

La Policlinique a tenu dimanche dernier, 28, rue Mazarine, sa deuxième Assemblée générale. Les fondateurs, après avoir exposé les résultats déjà obtenus au double point de vue de l'assistance médicale et de l'enseignement, sont obligés d'avouer qu'ils commencent à être débordés ; c'est pour cela qu'ils demandent à leurs adhérents de vouloir les décharger des soucis de l'Administration pour pouvoir se consacrer uniquement à la médecine. L'Assemblée générale a répondu à leur appel et a confié l'administration de la Policlinique à un bureau composé de M. Jacques, député de la Seine, président ; de Mme Furtado-Heine ; de M. le comte de Beaufort, et de M. Defert, maire du VIe arrondissement, vice-présidents ; M. Philippe, trésorier ; M. Hue, secrétaire. Nous sommes convaincus que cette modification ne pourra que contribuer au développement et à la prospérité de l'œuvre, au succès de laquelle le *Progrès médical* s'est intéressé dès le début.

Un Institut de Médecine légale à Paris.

La question de la création, à Paris, d'un institut médico-légal a déjà été soulevée en 1885, par M. Brouardel. A cette époque, il fit valoir que le sentiment de répugnance manifesté par le public à l'égard de la Morgue était très admissible ; que la Morgue d'ailleurs était insuffisante pour le nombre des autopsies allant toujours s'accroissant. Enfin, il démontra que les réclamations du public pouvaient facilement se concilier avec les rigueurs de la loi et les *besoins de la science* ; sa proposition de créer un institut médico-légal fut adoptée en principe. Pour faire face aux frais de cette dépense qui relève principalement du département, le conseil général et le conseil municipal offrirent chacun pour leur part un million. De plus, l'Etat donnait gratuitement 1,400 mètres de terrain, situé au coin de la rue Chanoinesse et de la rue du Cloître-Notre-Dame. Aussitôt les devis furent dressés par un architecte aujourd'hui décédé. Mais pour un édifice dont le plan ne comportait, à l'avis de M. Brouardel, qu'un étage et une cour d'assez grande dimension, ces devis montèrent au chiffre exagéré de trois millions. *C'est toujours la même chose !* On dut abandonner l'affaire. Aujourd'hui, à la suite de nombreuses réclamations formulées par la presse médicale, grâce aussi aux démarches multipliées de M. Brouardel, M. Alpy, ancien magistrat et conseiller municipal du quartier de l'Odéon, va soumettre la question à ses collègues du conseil général de la Seine. Après avoir conféré au point de vue de l'installation technique avec M. Brouardel, M. Alpy a déposé, sur le bureau du conseil général, une proposition ayant pour objet la création, à Paris, d'un institut médico-légal. Cet établissement, destiné à pratiquer les recherches médico-légales, sera absolument distinct, mais autant que possible voisin de la Morgue. En outre, il sera installé de façon à pouvoir permettre l'enseignement de la médecine légale pour les étudiants de la Faculté de Paris.

Dans l'exposé des motifs qui précède sa proposition, M. Alpy montre tout l'intérêt qu'il y aurait à rattacher à ce nouvel établissement médico-légal le laboratoire de toxicologie.

Concours pour l'admissibilité aux emplois de médecins adjoints des Asiles publics d'aliénés.

Ce concours a commencé, pour la région de Paris, le mardi 25 novembre, à 9 h. 1/2 du matin, à la préfecture de la Seine, sous la présidence de M. Napias, inspecteur général de l'Assistance publique au ministère de l'intérieur.

Le jury se compose de MM. Gilbert Ballet, médecin des hôpitaux ; J. Voisin, médecin de la Salpêtrière ; Keraval, médecin de Ville-Evrard ; Péan, directeur-médecin de l'Asile. Juré suppléant, M. Delaporte, directeur-médecin de l'asile de Quatre-Mares (Seine-Inférieure). Le sujet de la composition écrite tirée par les candidats a été : *Nerf optique* (anatomie et physiologie). Les questions restées dans l'urne étaient : *Substance grise de la moelle* (anatomie et physiologie) ; *Circonvolutions cérébrales* (anat. et physiologie). — Les candidats qui se sont présentés pour concourir sont : MM. Blin, Colin, Marie, Thivet.

La science et les hommes qui la font.

Nous ne croyons devoir dans ce journal imiter nos confrères. A l'occasion des événements qui se déroulent à Berlin, ils vont jusqu'à publier par anticipation — à tous les points de vue — la biographie de Koch. Toutefois nous ne pouvons nous empêcher de reproduire ici les lignes suivantes du *Bulletin médical* de dimanche dernier.

« Sans nul doute, Koch n'aurait pu faire ses dernières découvertes s'il n'avait eu, avec sa haute situation (professeur d'hygiène à la Faculté de Berlin, directeur de l'office impérial de santé, etc., etc.), toutes les facilités de travail qu'elle comporte. Mais, en pré-

© ANM

sence de cette destinée qui nous paraît si étonnante (Koch fit ses premiers travaux si remarquables de bactériologie comme médecin de campagne — Kreisphysicus — à Wollstein, près Bornst), nous ne savons ce qu'il faut le plus admirer, ou ce médecin de campagne qui passe si rapidement au premier rang de la science, ou l'*organisation scientifique allemande* qui rend possibles — presque faciles — de pareils changements dans les destinées d'un homme. »

Cette dernière phrase a une grande portée ; elle est pourtant très exacte. Elle revient à dire (qu'on songe aux conséquences d'un pareil aveu !) : Si Koch était né en France, le pauvre petit médecin de Wollstein, homme de génie, n'*aurait jamais pu devenir* professeur d'hygiène en Faculté française, c'est-à-dire se trouver dans les conditions voulues pour mener à bien ses mémorables recherches. Qui sait ? Nos bonnes institutions ont peut-être étouffé déjà chez nous celui qui un jour pourrait faire pour le cancer ce qu'a fait Koch pour la tuberculose ! M. B.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 1er. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Hayem, Straus, Retterer. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Pinard, Tillaux, Jalaguier. — (2e partie) : MM. Potain, A. Robin, Marie.

MARDI 2. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Campenon, Poirier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Guyon, Tarnier, Brun. — 4e *de Doctorat* : MM. Cornil, Chantemesse, Villejean. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Duplay, Bar, Schwartz. — (2e *Série*) : MM. Le Dentu, Humbert, Maygrier. — (2e partie) : MM. Peter, Debove, Ballet.

MERCREDI 3. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Terrillon, Reynier, Weiss. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Tillaux, Kirmisson, Ribemont-Dessaignes.

JEUDI 4. — Dissection : MM. Le Fort, Schwartz, Poirier. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Grancher, Mathias-Duval, Gley. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Tarnier, Humbert, Nélaton. — (2e *Série*) : MM. Laboulbène, Duplay, Maygrier.

VENDREDI 5. — Médecine opératoire : MM. Tillaux, Tuffier, Poirier. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Pinard, Jalaguier, Segond. — (2e partie) (1re *Série*) : MM. Potain, Brissaud, Chauffard. — (2e *Série*) : MM. Fournier, Grancher, Marie.

SAMEDI 6. — 2e *de Doctorat*, (2e partie) : MM. Bouchard, Mathias-Duval, Gley. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Le Fort, Panas, Bar. — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Debove, Hutinel. — 4e *de Doctorat* : MM. Laboulbène, Proust, Gilbert.

Thèses de la Faculté de Médecine.

MERCREDI 3. — M. Barraud. Contribution à l'étude du traitement de la blennorrhagie. Le salol. — M. Mirovitch. De diverses formes de l'ostéomyélite dite infectieuse chez l'homme au point de vue étiologique et de leur traitement.

JEUDI 4. — M. Gofestre. Contribution à l'étude du traitement de l'endométrite du corps par le crayon de chlorure de zinc. — M. Delteil. Des corps fibreux de l'utérus avec inversion (Etude clinique). — M. Chastenet. Essai sur les mélancoliques anxieux. — M. Renault. De la douleur dans les maladies des yeux.

SAMEDI 6. — M. Vigouroux (Auguste). Etude sur la résistance électrique dans la mélancolie. — M. Duvergne. Contribution à l'étude de la fièvre typhoïde.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 16 nov. 1890 au samedi 22 nov. 1890, les naissances ont été au nombre de 1112 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 418 ; illégitimes, 127, Total, 545. — *Sexe féminin* : légitimes, 424 ; illégitimes, 143, Total, 567.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 16 nov. 1890 au samedi 22 nov. 1890, les décès ont été au nombre de 864 savoir : 468 hommes et 396 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 7, F. 11, T. 18. — Variole : M. 0, F. 1, T. 1. — Rougeole : M. 9, F. 4, T. 13. — Scarlatine : M. 3, F. 1, T. 4. — Coqueluche : M. 2, F. 4, T. 6. — Diphtérie, Croup : M. 13, F. 14, T. 27. — Choléra : M. 00, F. 00, T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 105, F. 65, T. 170 — Autres tuberculoses : M. 12, F. 10, T. 22. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 2, T. 2. — Tumeurs malignes : M. 20, F. 35, T. 55. — Méningite simple : M. 15, F. 14, T. 29. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 26, F. 18, T. 44. — Paralysie : M. 1, F. 3, T. 4. — Ramollissement cérébral : M. 3, F. 6, T. 9. — Maladies organiques du cœur : M. 24, F. 40, T. 64. — Bronchite aiguë : M. 17, F. 9, T. 26. — Bronchite chronique : M. 16, F. 9, T. 25. — Broncho-Pneumonie : M. 15, F. 11, T. 26. — Pneumonie : M. 21, F. 27, T. 48. — Gastro-entérite, biberon, M. 33, F. 17, T. 50. — Gastro-entérite, sein : M. 3, F. 4, T. 7. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 2, F. 0, T. 2. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Débilité congénitale : M. 15, F. 9, T. 24. — Sénilité : M. 11, F. 19, T. 30. — Suicides : M. 10, F. 2, T. 12. — Autres morts violentes : M. 3, F. 3, T. 6. — Autres causes de mort : M. 78, F. 50, T. 128. — Causes restées inconnues : M. 4, F. 3, T. 7.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 92, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 35, illégitimes, 20. Total : 55. — *Sexe féminin* : légitimes, 27, illégitimes, 10. Total : 37.

FACULTÉ DES SCIENCES DE CAEN. — En date du 13 novembre. Un congé, pour l'année scolaire 1890-1891, est accordé à M. Daugard, chef des travaux de botanique à la Faculté des sciences de Caen. M. LÉGER (J.-L.), licencié ès sciences naturelles, est chargé des fonctions de préparateur de botanique à la Faculté des sciences de Caen, pendant la durée du congé accordé à M. Dangard (année-scolaire 1890-1891).

FACULTÉ DES SCIENCES DE DIJON. — En date du 12 nov., un congé pour l'année scolaire 1890-1891 est accordé, sur sa demande, à M. Rochet, préparateur-répétiteur de géologie et de minéralogie à la Faculté des sciences de Dijon. — M. PIGEON, chargé d'un cours complémentaire de chimie à la Faculté des sciences de Poitiers, est nommé, pour l'année scolaire 1890-1891, maître de conférences de chimie à la Faculté des sciences de Dijon. — M. BARBIER (J.-E.-M.), licencié ès sciences naturelles, est chargé des fonctions de préparateur de géologie et minéralogie à la Faculté des sciences de Dijon, pendant la durée du congé accordé à M. Rochet (année scolaire 1890-91).

FACULTÉ DE SCIENCE DE MARSEILLE. — M. ARNOUX (Elie), licencié ès sciences naturelles, est chargé des fonctions de préparateur de zoologie à la Faculté des sciences de Marseille, pendant la durée du congé accordé à M. Saint-Loup (année scolaire 1890-1891).

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS. — *La nouvelle Bibliothèque.* — Enfin ! cet immense bâtiment qui longe le boulevard Saint-Germain va pouvoir être utilisé. On a affecté, à ce qu'il paraît, un crédit de 200,000 fr. au successeur du fameux Ginain, pour l'agencement de ce hall obscur, si bien compris, que le nouvel architecte n'a pu utiliser les travaux de l'illustre créateur de notre Ecole pratique ! Grâce à l'intervention de M. le Dr David, député, M. Liard a promis de s'en occuper. Nous attendrons cependant encore quelques années avant de pouvoir abandonner l'écurie qui nous sert de bibliothèque.

Commission des prix. — *Prix Lacaze* : MM. Brouardel, président ; Cornil, Grancher, Proust, Dieulafoy ; Debove, suppléant. — *Prix Barbier* : MM. Lefort, président ; Guyon, Gariel, Richet, Tillaux ; Duplay, suppléant. — *Prix Montyon* : MM. Laboulbène, président ; Bouchard, Hayem, Dieulafoy, Strauss ; Cornil, suppléant. — *Prix Chateauvillard* : MM. Fournier, président ; Gautier, Richet, Tillaux, Le Dentu ; Hayem, suppléant. — *Prix Jeunesse* : MM. Brouardel, président ; Grancher, Proust, Straus, Debove ; Dieulafoy, suppléant. — *Prix de Thèses* : MM. Régnault, président ; G. Sée, Potain, Peter, Panas, Laboulbène, Duplay, Math. Duval, Pinard ; Le Fort et Proust, suppléants.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Clinique chirurgicale de l'hôpital Necker.* (Service de M. le Pr Le Dentu). — Sont nommés : Chef de clinique : M. le Dr Lyot, ancien interne des hôpitaux ; Chef de laboratoire, M. Fabre-Domergue, Docteur ès sciences naturelles, Directeur adjoint du laboratoire de Concarneau ; Moniteur de gynécologie, M. le Dr Pichevin.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. BARROIS, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1890-1891, chef des travaux d'histoire naturelle à ladite Faculté, en remplacement de M. Delplanque, démissionnaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — *Legs Paquet.* — Le doyen de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, au nom de cet établissement, est autorisé à accepter, aux clauses et conditions énoncées dans le testament olographe du 1er juillet 1886, le legs fait à la Faculté par le sieur Paquet, d'une somme de deux mille francs à répartir ainsi : 1,000 fr. pour la chaire de médecine opératoire, et 1,000 fr. pour la chaire de clinique chirurgical.

ECOLE PRATIQUE DES HAUTES-ETUDES. — En date du 13 novembre, M. BURAIS (M.), bachelier ès lettres et ès sciences res-

© ANM

reint, est nommé préparateur de microbie générale au laboratoire de chimie physiologique dirigé par M. Pasteur et dépendant de l'Ecole pratique des Hautes-Études (section des sciences physico-chimiques), en remplacement de M. Loir, en congé. — M. Haffkine est nommé préparateur de microbie technique au laboratoire de chimie physiologique dirigé par M. Pasteur et dépendant de l'Ecole pratique des Hautes-Études (section des sciences physico-chimiques). — M. Péchard (L.-V.-E), docteur ès sciences physiques, est nommé préparateur à l'Ecole pratique des Hautes-Études et attaché en cette qualité au laboratoire de chimie minérale établi à l'Ecole normale supérieure, en remplacement de M. Vèzes, appelé à d'autres fonctions. — M. Lacroix (F.-A.-A.), préparateur de la chaire d'histoire naturelle des corps inorganiques au collège de France, est chargé des fonctions de répétiteur près le laboratoire de l'Ecole pratique des Hautes-Études dépendant de cette chaire, en remplacement de M. Léon, dont la démission est acceptée.

Ecole supérieure de pharmacie de Paris. — En date du 12 novembre, M. Bonard (A.) est chargé des fonctions de préparateur-dessinateur du laboratoire de recherches et d'un enseignement des hautes-études à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, en remplacement de M. Bonnet, démissionnaire.

Ecole de médecine d'Amiens. — En date du 13 novembre, M. Ozout (Lucien), commis principal de l'inspection académique, à Amiens, est nommé, en outre, secrétaire de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de ladite ville, en remplacement de M. Boulfroy, appelé à d'autres fonctions.

Ecole de médecine de Besançon. — M. Prieur, licencié ès sciences, est délégué dans les fonctions de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon, pendant la durée du congé accordé à M. Magon (année scolaire 1890-91).

Ecole de médecine de Dijon. — Un congé, pour l'année scolaire 1890-1891, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Fleurot, professeur de pathologie externe à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon. — M. Broussolle, suppléant à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon, est chargé, en outre, d'un cours de pathologie externe à ladite Ecole, pendant la durée du congé accordé à M. Fleurot (année scolaire 1890-1891).

Ecole de médecine de Rennes. — M. Diol (M.-E.-R.), agrégé des sciences physiques, 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 Reims. — M. Delagour, professeur de clinique médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes, est maintenu, pour trois ans, à partir du 19 novembre 1890, dans les fonctions de directeur de ladite Ecole.

Hopitaux de Paris. — *Concours d'Externat.* — Voici les questions d'anatomie qui sont sorties dans les dernières séances : *Rapports du foie ; — Crosse de l'aorte ; — Muscles de la région antérieure de la jambe.*

Collège de France. — *Cours.* — Le ministre de l'instruction publique vient d'autoriser un certain nombre de professeurs du Collège de France à se faire suppléer pendant l'année scolaire 1890-91. Parmi ceux-ci, M. Brown-Séquard, professeur de médecine, est autorisé à se faire suppléer par M. d'Arsonval. M. Bertrand, professeur de physique générale et mathématiques, est autorisé à se faire suppléer par M. Marcel Deprez, membre de l'Institut. M. Marey, professeur d'histoire naturelle des corps organisés, est autorisé à se faire suppléer par M. François Franck. M. Balbiani, professeur d'embryogénie comparée, est autorisé à se faire remplacer par M. Henneguy.

Hypnotisme. — *Ses dangers.* — Nous trouvons dans l'*Echo de Paris* du 26 novembre le fait suivant : Une jeune artiste désirant connaître l'avenir qui lui était réservé va trouver une somnambule ; celle-ci lui déclare que les beaux projets sont inutiles, car sa mort est proche. La consultante s'en retourne chez elle très impressionnée ; depuis lors son caractère s'altère, elle devient sombre et au bout de quelques jours tente de se jeter par la fenêtre.— Voilà un exemple de suggestion qui devrait ouvrir les yeux des pouvoirs publics sur l'urgence extrême qu'il y a de supprimer ces sortes d'industrie.

Hôpitaux de Nancy. — A la suite des derniers concours ont été nommés. *Internes :* MM. Sterne, Weill, Koehler, Lang, Etienne. — *Internes provisoires :* MM. Dreyfus, Thierry, Blaise, Wilhelm. — *Externes :* MM. Volpert, Jacques, Strauss, Renard, Guédon, Roger, Masson, Renaud, Fuscher, Schwandier, Colin.

Institut de vaccination animale a Saïgon. — On annonce que M. Etienne, sous-secrétaire d'état des colonies, de concert avec M. le Dr Treille, directeur du service de santé des colonies, vient de mettre à l'étude la création, à Saïgon, d'un Institut de vaccination animale destiné à fournir de la lymphe vaccinale fraîche à toute l'Indo-Chine. Un laboratoire de bactériologie serait, en outre, annexé à cet Institut. M. le Dr Albert Calmette, médecin de 1re classe, actuellement élève à l'Institut Pasteur, sera mis à la tête de ce nouveau service dont on attend les plus féconds résultats pour l'hygiène et pour l'étude des maladies endémiques des pays chauds.

Poêles mobiles. — *Dangers.* — Une nouvelle victime des poêles mobiles est le fils d'un sénateur de la Guadeloupe. Ce dernier vient de mourir intoxiqué par un poêle.

Nécrologie. — M. le Dr Chollet, médecin à Villedommange (Marne). — M. le Dr Talon, médecin principal à Alger. — M. le Dr Van Gaver, de Marseille. — M. le Dr Bélot (du Havre). — M. le Dr Marec, ancien médecin de marine.— M. le Dr de Senna, professeur à la Faculté de médecine de Coïmbre. — M. le Dr Montero-Rios, professeur à la Faculté de médecine de Madrid.

Phthisie, Bronchites chroniques. —Emulsion Marchais.

Phthisie. Vin de Bayard à la peptone phosphatée, le plus puissant reconstituant de la thérapeutique. Une à deux cuillerées par repas.

Peptonate de fer Robin. — 10 à 20 gouttes par repas. (Chloro-Anémie).

Précieuse. Source de VALS, très efficace contre les affections du Foie et de la Vessie. (Calculs, Gravelle, Diabète, Goutte, etc.) *Prescrite par les Médecins des Hôpitaux de Paris.*

Albuminate de fer soluble (Liqueur de Laprade) le plus assimilable des ferrugineux (Pr Gubler). Une cuillerée à chaque repas. Chlorose et troubles de la menstruation, c'est le fer gynécologique par excellence.

Dyspepsie. — Vin de Chassaing. —*Pepsine.* — *Diastase.*

ANÉMIE LA BOURBOULE Enfants débiles, voies respiratoires MALADIES DE LA PEAU, RHUMATISMES DIABÈTE

Avis à nos lecteurs.

Nous rappelons à nos lecteurs, à nos abonnés et à nos collaborateurs que tout ce qui concerne la rédaction (livres, journaux, manuscrits, communications, etc.) *doit être adressé au Rédacteur en chef, et tout ce qui concerne l'Administration* (abonnements, librairie, annonces, changements d'adresse, mandats) *à M. Hippolyte Durand.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès Médical.

Bourneville et Bricon. — **Manuel de technique des autopsies.** Un volume in-32 de XII-200 pages, avec 4 planches hors texte et 16 figures.
— Prix . . . . . 2 fr. 50
Pour nos abonnés . . . . . 2 fr. »
Nous avons fait faire un élégant cartonnage Bradel. — Prix du cartonnage . . . . . 0 fr. 50

Chronique des Hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière. — MM. Joffroy et Jules Voisin, médecins de la Salpêtrière, commenceront des conférences sur les *maladies nerveuses et mentales*, le jeudi 4 décembre, à 9 h. 3/4, au petit amphithéâtre de l'Infirmerie et les continueront les jeudis suivants à la même heure.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

© ANM

18e ANNÉE — 2e SÉRIE. T. XII. N° 49. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 6 DÉCEMBRE 1890.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

HÔPITAL ST-ANDRÉ DE BORDEAUX. — M. A. PITRES.

De la neurasthénie et de l'hystéro-neurasthénie traumatique ;

Leçon recueillie par le Dr Emile BITOT, chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Bordeaux.

SOMMAIRE : I. Caractères cliniques de la neurasthénie spontanée. — II. Exemple de la neurasthénie traumatique pure. — III. Exemple d'hystéro-neurasthénie traumatique. — IV. Exemple de névrose complexe, d'origine traumatique, présentant des symptômes d'hystérie, de neurasthénie et de goitre exophtalmique combinés.

Messieurs,

Les grands ébranlements traumatiques déterminent quelquefois l'explosion d'accidents névrosiques nettement différenciés. Après une chute de cheval ou une collision de chemin de fer, tel malade peut présenter les symptômes de l'hystérie franche, tel autre, ceux de la paralysie agitante vulgaire ; un troisième deviendra neurasthénique, un quatrième épileptique. Ces cas simples sont loin d'être rares. Mais ils sont peut-être moins fréquents que ceux dans lesquels les traumatismes provoquent, ainsi que l'a montré M. Charcot (1), des états morbides complexes formés par l'association, en proportions variables, de symptômes appartenant d'ordinaire à des névroses distinctes, p. exemple à l'hystérie et à la neurasthénie.

Sans entrer dans les discussions doctrinales que soulève l'interprétation de ces états complexes, je veux vous en montrer quelques exemples afin de vous familiariser avec leurs apparences cliniques et vous aider, le cas échéant, à en faire le diagnostic. Mais auparavant il me paraît indispensable de vous indiquer brièvement les caractères de la neurasthénie spontanée.

I

La neurasthénie est une névrose caractérisée par des troubles sensitivo-sensoriels et psychiques dont les plus fréquents sont des sensations pénibles siégeant sur différents points du corps et un état mental tout particulier dont l'inquiétude, l'inaptitude au travail et à l'attention soutenue, l'irritabilité, constituent les traits principaux.

C'est l'affection qu'on a décrite depuis longtemps sous les noms d'*hypocondrie*, de *névralgie générale*, d'*irritation spinale*, de *nervosisme*, de *névrose protéiforme*, de *névropathie cérébro-cardiaque*, de *diathèse nerveuse*, d'*affection vaporeuse*, de *faiblesse irritable du système nerveux*, d'*asthénie nerveuse*.

Cette multiplicité de dénominations s'explique par ce fait que la neurasthénie, tout en conservant sa personnalité nosologique, revêt des apparences cliniques très diverses.

Les formes les plus tranchées sont :

1° La *forme cérébrale*, dans laquelle les malades se plaignent surtout d'une céphalée incommode, d'une sensation de pesanteur ou de constriction siégeant tantôt sur le front, tantôt sur le sommet de la tête, tantôt sur la région occipitale. Cette céphalée est extérieure au crâne et non pas intra-encéphalique. On la connaît sous le nom de *calotte* ou *casque neurasthénique*, parce que les malades qui en sont atteints la comparent d'habitude à la douleur que provoquerait une calotte de plomb appliquée sur leur tête, ou un casque trop étroit enserrant leurs tempes. Elle n'est pas exagérée d'ordinaire par les secousses imprimées au crâne. Elle disparaît souvent sous l'influence des distractions, mais reparaît aussitôt après. Contrairement à la céphalée syphilitique, elle est presque toujours plus forte le jour que la nuit. Elle s'accompagne d'une inaptitude très marquée aux travaux intellectuels, d'une sorte de fatigue permanente du cerveau, de vertiges, d'éblouissements, de bourdonnements d'oreilles, etc.

2° La *forme spinale* ou *rachialgique* a été bien étudiée, sous le nom d'*irritation spinale*, par M. Armingaud (de Bordeaux) qui a fait connaître un de ses symptômes les plus fréquents : la *douleur apophysaire*. Les autres sont : des sensations de courbature dans les membres inférieurs, des tiraillements, des crampes, des impatiences dans les mollets, des troubles de la miction.

3° La forme *névralgique*, décrite surtout par Valleix, est caractérisée par des douleurs aiguës, mobiles, ressemblant aux douleurs névralgiques vraies, car souvent elles suivent ou semblent suivre le trajet anatomique des nerfs.

4° Dans la forme *cardialgique*, les malades accusent des palpitations, de l'angoisse précordiale, des crises d'étouffement avec ou sans névralgies intercostales.

5° Les caprices de l'appétit, les digestions pénibles, le ballonnement du ventre après les repas, les coliques, la constipation opiniâtre, les borborygmes bruyants caractérisent la *forme gastro-intestinale*.

6° Dans la forme *génitale*, on constate des pollutions nocturnes, des pertes séminales plus ou moins fréquentes, de l'anaphrodisie, des perversions passionnelles, etc.

Ces divisions sont en grande partie schématiques, car la neurasthénie n'est presque jamais exclusivement cérébrale, spinale, cardialgique, etc. L'une ou l'autre des manifestations symptomatiques de la névrose tient le premier rang dans les préoccupations des malades, mais les symptômes les plus variés se trouvent réunis chez les mêmes sujets.

Quelle que soit d'ailleurs la forme qu'affecte la maladie, l'état mental des malades est toujours à peu près le même. Le neurasthénique est inquiet, raisonneur, écrivassier et foncièrement nosomane. Il se préoccupe outre mesure des symptômes qu'il éprouve. Il croit toujours être atteint d'une affection organique incurable. Il se tâte le pouls, se palpe, s'examine, s'étudie. Il aime à parler de sa maladie et à raconter ses souffrances. Avec cela, il est incapable d'une attention soutenue ; l'application intellectuelle le fatigue et l'énerve ; il est triste, morose, irritable, émotif et ne s'intéresse à rien autre chose qu'à son mal.

(1) *Leçons du Mardi*, passim.

© ANM

La neurasthénie survient d'ordinaire chez des sujets appartenant par leur hérédité à la famille névropathique. Elle est plus fréquente chez l'homme que chez la femme. C'est entre vingt et cinquante ans qu'elle se développe le plus souvent.

De toutes les causes occasionnelles qui peuvent provoquer son apparition, le *surmenage* est la plus commune et la plus active.

Tous les gens qui font des dépenses nerveuses excessives sont exposés, pour peu qu'ils aient quelque tare héréditaire, à devenir un jour ou l'autre neurasthéniques. De ce nombre sont les *artistes* qui, se livrant avec une égale ardeur au travail et au plaisir, brûlent, comme on dit, la chandelle par les deux bouts; les *laborieux* qui s'absorbent dans la préparation de travaux intellectuels difficiles; les *hommes de lettres* et les *savants* qui fatiguent incessamment leur cerveau sans jamais exercer leurs muscles; les *passionnels* qui s'épuisent par des excès vénériens au-dessus de leurs forces; les *inutiles* qui mènent ce qu'on est convenu d'appeler la grande vie, etc.

La neurasthénie peut aussi survenir accidentellement à la suite de grands ébranlements traumatiques.

Tous les auteurs qui ont étudié le Railway-Spine et le Railway-Brain, ont longuement insisté sur l'espèce de mélancolie anxieuse qui s'empare des malades. M. Vibert, qui a observé, en dehors de toute préoccupation doctrinale, un grand nombre de victimes de collisions de chemins de fer, a constaté, dans presque tous les cas, aussitôt après l'accident, un état d'excitation nerveuse caractérisée par de l'insomnie, des cauchemars, des tremblements musculaires, des maux de tête, de l'émotivité exagérée (1).

Quelquefois ces symptômes se dissipent rapidement, mais d'autres fois ils persistent fort longtemps et s'accompagnent de troubles des fonctions de l'intelligence, de la sensibilité et de la motilité.

La mémoire est affaiblie, surtout celle des événements récents. Quelques malades sont obligés d'écrire sur un carnet le détail de leurs occupations pour éviter des oublis perpétuels; d'autres ont de véritables amnésies partielles. L'amnésie rétrograde est très commune; les amnésies limitées, aux noms propres ou à certaines catégories de connaissances, sont plus rares, mais on en a cité des exemples. L'attention ne peut être soutenue longtemps. Le bruit, les conversations, la lecture, l'écriture fatiguent et irritent les malades.

Le caractère devient inquiet, morose, irascible. Dans quelques cas on observe des crises de sanglots et de pleurs. Certains malades pleurent pour un rien et s'attendrissent à tout propos. En revanche, on ne constate jamais d'hallucinations ni de véritables conceptions délirantes.

Les organes des sens sont souvent atteints. Les bourdonnements et les sifflements d'oreilles, l'hyperacousie et la photophobie, la parésie de l'accommodation, les mouches volantes sont fréquemment signalés dans les observations de neurasthénie traumatique.

La sensibilité cutanée reste normale. Du côté des membres, on constate des fourmillements, des engourdissements, des sensations de lassitude et de courbature. La force musculaire est diminuée. Les malades ont de la peine à marcher ou à faire un travail physique prolongé. Ils ne sont pas cependant paralysés, mais ils sont fatigués par le moindre exercice. Quelquefois les membres sont le siège d'un petit tremblement vibratoire qui ne gêne pas notablement l'exécution des mouvements volontaires.

La perte des fonctions génitales est très commune. Les fonctions de la vessie et du rectum ne sont jamais compromises.

A ces symptômes nerveux viennent se joindre, dans les cas graves, des troubles viscéraux : anorexie, embarras gastrique, ictère, nausées, oppressions, palpitations de cœur.

Le pronostic de la neurasthénie d'origine traumatique est très difficile à établir d'une façon positive. La guérison n'est jamais brusque. Dans les cas les plus favorables, la maladie persiste pendant deux ou trois mois; dans les autres, elle dure, sans modifications appréciables, pendant plusieurs années.

(1) Vibert. — *Etude médico-légale sur les blessures produites par les accidents de chemins de fer*, Paris, 1888.

II

Le jeune homme que je vous présente est atteint depuis deux mois de neurasthénie d'origine traumatique. Voici le résumé des notes recueillies sur son compte par notre interne, M. Lamacq.

Observation I. — *Neurasthénie traumatique.* — Emile Delr..., âgé de vingt-cinq ans, est venu pour la première fois à la consultation externe de la clinique le 20 novembre 1889.

Antécédents héréditaires : Père mort il y a vingt ans d'une fluxion de poitrine; c'était un homme doux, bien pondéré, ne faisant aucun excès. *Mère* vivante et bien portante, mais extrêmement émotive; elle n'est cependant pas sujette à des attaques de nerfs. Elle a eu sept enfants dont six sont morts en bas âge d'affections diverses. Il faut noter que les grands-parents de notre malade étaient tous d'un caractère extrêmement violent et que ses oncles sont, eux aussi, d'une irritabilité excessive.

Antécédents personnels : D... n'a jamais fait de maladies sérieuses. C'est un bon ouvrier, actif, intelligent. Il ne boit pas outre mesure; il n'a jamais eu d'accidents saturnins. Pas de syphilis. Il a toujours été très emporté, mais ses colères sont de courte durée.

Début et évolution de la maladie actuelle : Le 10 septembre 1889, D... était occupé à la réfection des peintures de la salle de l'Alhambra. En voulant se tourner sur un échafaudage mal assujetti, il fit basculer une planche et tomba la tête la première, d'une hauteur de cinq mètres environ, sur des dalles en ciment. Il perdit immédiatement connaissance. On le transporta aussitôt à l'hôpital, où M. A. Boursier constata une large plaie du cuir chevelu et un écoulement abondant de sang par l'oreille gauche. Quand le malade reprit ses sens, il se plaignait d'un grand mal de tête et eut quelques vomissements. On craignit une fracture du rocher et on appliqua sur la tête des vessies de glace. Après trois semaines de traitement, D... pouvait se lever et marcher sans difficultés. Il quitta l'hôpital pensant bientôt reprendre ses occupations habituelles. Mais quand il rentra dans sa famille, il fut pris d'inquiétude, de tristesse. Il ressentait sur le sommet de la tête une douleur permanente qui le préoccupait outre mesure. Il disait à ses parents qu'il ne guérirait jamais; il se plaignait d'une sensation continuelle de lassitude, d'affaiblissement de la mémoire, de fatigue cérébrale, etc.

Ces accidents ne s'amendant pas, il vint nous consulter, et, depuis le 20 novembre, il est en traitement sous notre direction.

Les symptômes qu'il présente sont les suivants :

Il a constamment mal de tête. La douleur siège surtout au niveau de l'occiput; elle est lourde, contusive, exaspérée par les mouvements et les efforts.

Le malade marche avec hésitation, comme s'il avait peur de tomber à chaque pas. Quand il monte un escalier, il a bien soin de se tenir du côté du mur; parce que s'il venait à regarder dans le vide par-dessus la rampe il aurait des vertiges très pénibles. Si on le fait monter sur une chaise ou sur une table, lui qui était habitué à rester des journées entières sur des échelles ou sur des échafaudages élevés, il est anxieux,

© ANM

voit tout tourner autour de lui et demande à descendre au plus vite.

Il est toujours las, fatigué, courbaturé. Il ne se trouve bien qu'au lit. Il aurait de la peine à marcher plus de quelques minutes sans se reposer. Il lui est impossible de courir. Cependant ses forces sont bien conservées; il serre le dynamomètre avec une énergie normale (main droite, 35 kilog.; main gauche, 40 kilog.) et il résiste avec beaucoup de force quand on essaie de fléchir ses jambes malgré lui. Les mains étendues horizontalement sont agitées d'un petit tremblement vibratoire rapide et serré, qui ne gêne pas l'exécution des mouvements volontaires.

Il a continuellement des bourdonnements d'oreilles. Sa vision est trouble, incertaine; il ne distingue nettement les objets qu'après les avoir fixés un instant. L'examen ophtalmoscopique du fond de l'œil ne révèle pourtant rien d'anormal. Les champs visuels ne sont pas rétrécis; il n'y a pas de troubles de la perception des couleurs. Les réactions pupillaires à la lumière et à l'accommodation sont normales.

Les phénomènes d'asthénie intellectuelle sont très remarquables. D..., qui était, avant l'accident du 10 septembre, gai, expansif, rieur, est aujourd'hui sombre, morose, mélancolique. Tout l'ennuie, tout le fatigue, tout l'irrite. Il ne peut soutenir une conversation prolongée, il ne peut fixer son attention sur rien. Sa mémoire est affaiblie; il se rappelle cependant fort bien les incidents qui ont précédé sa chute; il n'a pas d'amnésie véritable, mais il est obligé de réfléchir un moment avant de répondre aux questions les plus simples.

Il lit bien pendant quelques minutes, puis, peu à peu, ses idées se brouillent et il est obligé de poser son livre. De même pour l'écriture : après avoir tracé correctement quelques lignes, il ne sait plus ce qu'il fait.

Le sommeil est souvent interrompu par des cauchemars terrifiants ou érotiques. Le malade rêve souvent qu'il est à son travail, sur un échafaudage peu solide, et il se réveille en sursaut, le cœur palpitant et tout le corps couvert de sueur. Les rêves érotiques sont survenus seulement dans ces derniers jours. Dans les deux premiers mois qui ont suivi l'accident, D... n'avait aucun désir génésique. Il en était même très alarmé, car il est sur le point de se marier. Mais depuis quelques jours il paraît avoir plutôt de l'excitation génitale. Chaque fois qu'il voit sa fiancée, il a des érections prolongées.

La sensibilité de la peau et des muqueuses est intégralement conservée. Les réflexes rotuliens sont faibles. Le réflexe pharyngien est aboli.

Toutes les grandes fonctions organiques s'accomplissent régulièrement. L'appétit est bon; les urines, claires et abondantes, ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Combien de temps vont durer ces symptômes? Je l'ignore absolument. Dans le cas actuel, la maladie ne paraît pas extrêmement grave. J'espère que la guérison ne se fera pas trop attendre, mais rien ne permet de fixer *a priori* l'époque à laquelle elle arrivera (1).

III

Le malade que vous venez de voir est un neurasthénique pur; celui que je vais vous montrer a été atteint d'hystéro-neurasthénie, car il a présenté, après une chute grave, une longue série d'accidents névropathiques dont les uns étaient bien certainement de nature hystérique, puisqu'ils ont été brusquement modifiés par l'aimantation, tandis que les autres appartenaient à la famille neurasthénique. Voici son histoire :

Obs. II. — *Hystéro-neurasthénie traumatique.* — Pierre Dup..., âgé de 34 ans, charpentier de navires, est tombé le 26 mai 1888 au fond de la cale d'un paquebot, sur le pont duquel il travaillait, d'une hauteur de 20 mètres environ. C'est le talon gauche qui a porté le premier; mais, entraîné par la violence de la chute, le malade n'a pu conserver l'équilibre et il a été projeté violemment sur le côté gauche en se faisant une entorse du poignet et des plaies assez profondes au-dessus du sourcil gauche et au niveau de la lèvre inférieure du même côté. Il ne perdit pas connaissance. On le transporta aussitôt à l'hôpital où il fut placé dans le service de M. le professeur Demons. A ce moment-là, il était anxieux, surexcité, loquace, tellement que l'interne de garde qui pansa ses blessures supposa à tort qu'il était ivre.

Le 2 juin, on constata qu'il avait une ecchymose de la conjonctive droite et une autre de la gencive. On remarqua également qu'il articulait les mots d'une façon anormale, mais on n'attacha pas grande importance à ce symptôme qu'on attribua à la plaie contuse de la lèvre. On nota enfin, en faisant le pansement, une hypoesthésie très marquée de la voûte palatine et de la langue.

L'intelligence était intacte, mais le malade était toujours excité; il parlait avec précipitation, malgré la difficulté qu'il éprouvait à articuler les mots.

Peu de jours après, D... voulut sortir de l'hôpital. Les plaies du sourcil et de la lèvre étaient complètement cicatrisées; les ecchymoses de la conjonctive et de la gencive s'effaçaient petit à petit; mais les troubles du langage étaient plus accentués, la surexcitation cérébrale persistait, l'hypoesthésie de la voûte palatine et de la langue n'était pas modifiée. De plus, le malade se plaignait d'une douleur continue au talon et au poignet gauches et d'une céphalalgie continue.

Le 18 juin, D... vint nous demander conseil. Nous l'examinâmes avec le concours de M. Bitot, interne du service, qui a recueilli et publié son observation (1), et nous pûmes dès ce jour porter le diagnostic d'accidents hystéro-traumatiques complexes. A ce moment, en effet, le malade avait une sorte de bégaiement ou plutôt de zézaiement, avec substitution de certaines lettres à d'autres, des secousses convulsives des muscles

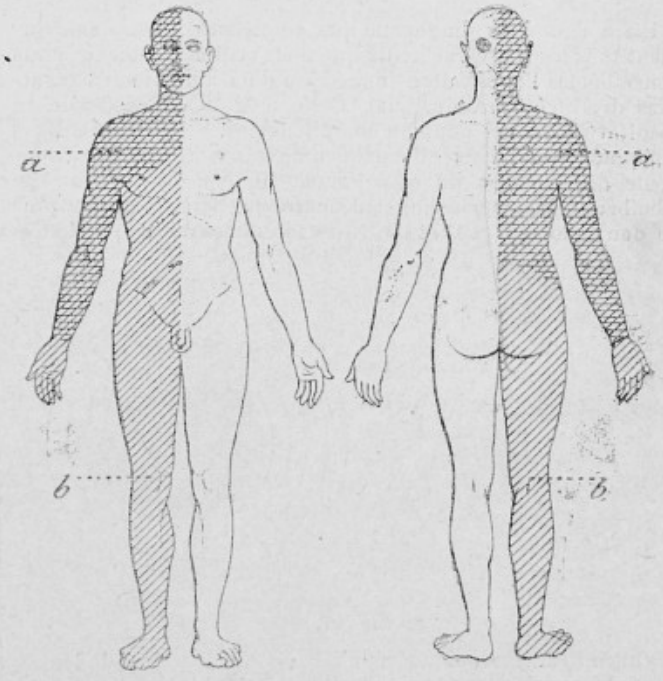


Fig. 44.

de la face, une hémianalgésie totale du côté droit (*Fig.* 44), une abolition complète du réflexe pharyngien, un rétrécissement concentrique des champs visuels (*Fig.* 46).

(1) Le malade a guéri assez rapidement : après un mois de traitement, il a commencé à éprouver une amélioration très sensible. Il a pu reprendre son travail dans les premiers jours de janvier 1890, quatre mois par conséquent après le traumatisme initial.

(1) *Un cas d'hystéro-traumatisme chez l'homme*, par Emile Bitot et Henri Lamarque, internes des hôpitaux de Bordeaux (*Bulletin de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux*, 1889).

© ANM

De plus, nous apprîmes que D... était un original, émotif et irritable, comptant, parmi ses ascendants, un suicidé et plusieurs névropathes, et ayant été atteint lui-même, à l'âge de quinze ans, à la suite d'une chute dans l'eau, d'un tremblement général qui avait duré près d'une année. En outre, sa femme nous raconta que, depuis sa sortie de l'hôpital, son caractère, toujours un peu difficile, était devenu insupportable; qu'il s'irritait et se préoccupait de tout; qu'il avait souvent des insomnies ou des cauchemars très pénibles.

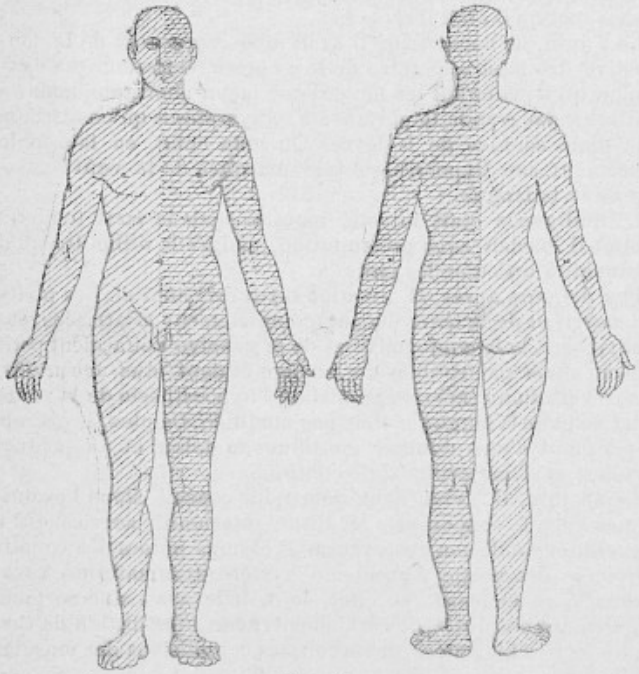


Fig. 45.

Etant donné ce diagnostic que confirmaient surabondamment tous les renseignements que nous venions d'obtenir, nous conseillâmes l'application immédiate d'un aimant sur l'avant-bras droit (côté analgésique). Cette médication produisit un résultat sur lequel nous ne comptions pas. Elle fit disparaître l'hémianalgésie, mais elle détermina une contracture permanente des muscles du côté gauche du cou et de ceux du membre inférieur gauche, contracture qui persista durant plus de deux mois (*Fig. 47 et 48*). Nous soumîmes alors le malade à

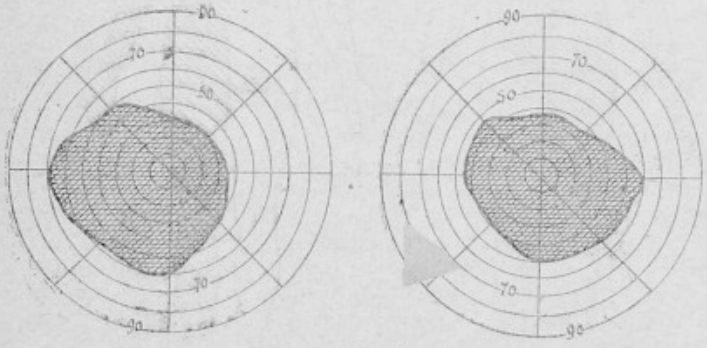


Fig. 46.

une cure hydrothérapique régulière; son état s'amenda lentement, la parole devint plus facile, les tics de la face et la contracture disparurent, l'irritabilité anormale du caractère s'apaisa, et, au mois d'octobre, la guérison était complète.

Depuis lors, le malade a repris son équilibre mental et ses occupations. Il ne présente pour ainsi dire plus rien d'anormal.

Etablissons, si vous voulez, le bilan de ce qui doit être rapporté, dans ce cas, à l'hystérie et de ce qui revient à la neurasthénie.

L'hémianalgésie du côté droit, qui s'est dissipée soudainement après une séance d'aimantation, la contracture hémilatérale qui s'est développée après l'application de l'aimant, le zézaiement, l'abolition du réflexe pharyngien, le rétrécissement concentrique des champs visuels sont évidemment des symptômes hystériques.

A la neurasthénie appartiennent les troubles de l'intelligence et les modifications du caractère, l'irritabilité anxieuse, l'inquiétude, l'insomnie, la céphalée qui se sont montrés par la suite.

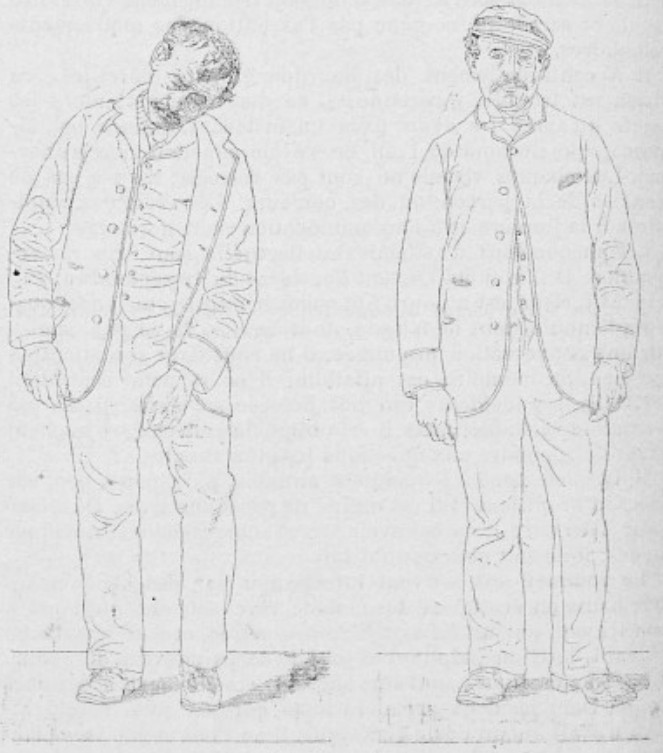


Fig. 47 et 48.

Ces derniers symptômes s'observent très fréquemment chez les traumatisés. Quand ils se montrent seuls à la suite d'un grand traumatisme, c'est qu'on a affaire à un cas de neurasthénie traumatique pure; quand ils coexistent, comme chez Dup..., avec des accidents franchement hystériques, il faut porter, ce me semble, le diagnostic d'hystéro-neurasthénie traumatique (1).

IV

Les accidents névropathiques qui succèdent aux traumatismes peuvent être encore plus complexes. Dans quelques cas, on constate, à côté de symptômes hystériques et neurasthéniques, des phénomènes qui n'appartiennent ni à l'hystérie ni à la neurasthénie et qu'on est obligé d'attribuer à une troisième névrose surajoutée aux deux premières. Nous avons précisément depuis quelques jours, dans le service, un malade qui offre un bel exemple de cette association de trois névroses ordinairement distinctes, car il présente à la fois des symptômes d'hystérie, de neurasthénie et de maladie de Graves. Son histoire est assez intéressante pour que je vous la raconte en détail.

Obs. III. — *Névrose complexe d'origine traumatique : symptômes d'hystérie, de neurasténie et de maladie de Graves* (2). — Ernest Ai..., âgé de trente-cinq ans, employé

(1) Voyez à ce sujet un très intéressant travail de M. Dutil, intitulé : *Hystérie et neurasthénie associées* (*Gazette médicale de Paris*, 30 nov. et 7 déc. 1889).

(2) Le malade qui fait l'objet de cette observation a été présenté le 12 août 1887 à la Société médicale des hôpitaux de Paris par M. le Dr Debove, qui a donné un court résumé de son histoire et a porté le diagnostic d'hystérie et de goitre exophtalmique associés, ou plutôt de maladie de Graves fruste d'origine hystérique.

© ANM

de commerce, a été très bien portant jusqu'au mois d'octobre 1886. Dans sa jeunesse il n'a pas eu de maladies graves. Pendant son service militaire, à Alger, il a eu quelques accès de fièvre intermittente qui ont guéri rapidement. Il a toujours mené, à ce qu'il dit, une vie régulière. Il n'a pas fait de grands excès vénériens et ne s'est jamais livré à la boisson. Il avait un caractère gai et expansif.

Antécédents héréditaires : Son *père* et sa *mère* sont vivants et jouissent tous deux d'une bonne santé. Deux de ses *oncles* (l'un du côté paternel, l'autre du côté maternel) sont morts aliénés. Il ne croit pas qu'aucun autre de ses parents ait été atteint de maladies nerveuses. Il est fils unique.

Début de la maladie : Le 15 octobre 1886, Ai... se trouvant à Marseille, voulut assister à une fête donnée au Prado. Pour mieux jouir du spectacle, il monta sur un rocher recouvert de terre, près du bord de la mer. Tout à coup un éboulement se produisit et notre malade fut précipité dans les eaux d'une hauteur de huit mètres environ. Il perdit aussitôt connaissance. Il ne sait pas s'il a été heurté par des blocs de rocher. Tout ce qu'il peut dire, c'est que, quand il a repris ses sens, une heure environ après l'accident, il était couché dans un lit d'hôpital et ne portait sur le corps aucune trace de contusions violentes.

Les jours suivants, il eut de la fièvre et du délire qui se calmèrent très vite, et des cauchemars dans lesquels il se figurait toujours tomber dans des précipices.

Le 3 novembre, il quitta l'hôpital et entra dans une agence de publicité pour y faire des écritures. Pendant trois mois, il accomplit régulièrement son travail, n'éprouvant d'autres troubles nerveux que les cauchemars terrifiants dont il vient d'être question. Vers le mois de février 1887, il commença à se sentir fatigué : il ne pouvait plus fixer son attention, il avait de la peine à marcher dans l'obscurité ; il était incommodé par des palpitations de cœur très fréquentes, enfin ses yeux devenaient plus saillants qu'ils ne l'étaient précédemment.

Malgré ces malaises, il conserva son emploi jusqu'au mois de mai. A cette époque, la maladie s'aggrava notablement. Aux symptômes précédemment indiqués vinrent s'ajouter une tristesse profonde avec tendance au suicide, des hypothymies, des douleurs de tête, des sensations de boule partant de l'épigastre et remontant à la gorge, etc.

Le malade se rendit alors à Paris où il resta deux ans, passant successivement d'un hôpital à l'autre et se soumettant sans succès à toutes sortes de traitements.

La morphine est jusqu'à présent le seul agent thérapeutique qui lui ait procuré quelque soulagement. Aussi a-t-il pris l'habitude et le goût des injections hypodermiques.

Il s'est dernièrement décidé à retourner dans sa famille, à Béziers, et c'est dans le cours de son voyage que, se trouvant plus souffrant, il est entré dans notre service le 10 décembre 1889 (salle 16, lit 6).

État actuel : Ainsi que vous pouvez le constater, Ai... est un homme d'une constitution robuste ; ses muscles sont bien développés, son teint est coloré. Il est actuellement dans un de ces moments de calme que lui procure la morphine, et nous allons pouvoir étudier tout à loisir les nombreux symptômes qu'il présente.

L'un des plus saillants est la tristesse profonde qui obsède son esprit. Il est toujours sombre, morose, mélancolique, préoccupé de son avenir. Il a des idées de persécution. Convaincu qu'il est atteint d'une maladie incurable, il pense sans cesse à mettre fin à ses jours. Il a déjà une fois tenté de se suicider en se jetant dans la Seine. Depuis lors, il ne peut passer sur un pont sans se sentir « attiré par l'eau ». Il répond avec mauvaise humeur, souvent même avec colère, aux questions qu'on lui pose. Il ne sourit jamais. Il est manifestement désespéré et fatigué de vivre.

Toute la peau et toutes les muqueuses accessibles sont absolument anesthésiques. Les contacts, les pincements, les brûlures, les piqûres ne donnent lieu à aucune perception sensitive. Les muscles, les articulations, les os sont également insensibles à toutes les excitations possibles (traction, torsion, etc.). Les sensations internes de faim, de soif, de plénitude de l'estomac sont, au contraire, bien conservées.

Le malade éprouve des douleurs très pénibles sur différents points du corps. Il se plaint d'une céphalée continuelle occupant la région frontale et le sommet du crâne. Il lui semble que sa tête est enserrée dans un cercle de fer. Il ressent aussi, de temps en temps, comme des coups de marteau frappés dans l'intérieur du crâne.

Les globes oculaires sont plus saillants qu'ils ne l'étaient au début de la maladie. Les pupilles sont égales ; elles réagissent faiblement à la lumière et aux efforts d'accommodation. Les couleurs sont assez bien perçues quand les deux yeux sont ouverts, mais de l'œil gauche seul le malade voit le vert jaune, le bleu noir, le lilas et le rose gris. Il a aussi de la diplopie monoculaire jusqu'à 0m50 ; au delà, il ne distingue plus les contours des objets. Ce symptôme n'existe pas de l'œil droit. Les deux champs visuels sont très rétrécis concentriquement (*Fig.* 49). Il n'y a pas de lésions de la papille.

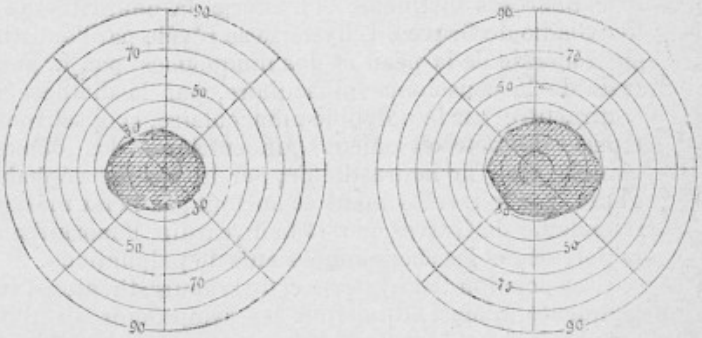


Fig. 49.

Les quatre membres et la tête sont agités d'un tremblement vibratoire rapide qui se calme après les injections de morphine et qui ne s'exagère pas pendant l'exécution des mouvements volontaires. La force musculaire est affaiblie du côté gauche. Au dynamomètre le malade donne une pression de 36 kilog. de la main droite et de 14 kilog. seulement de la main gauche. La marche est un peu hésitante parce que la sensation de résistance du sol n'est pas perçue.

L'occlusion des paupières amène des troubles profonds dans la motilité. La station verticale, la marche, les mouvements volontaires des membres supérieurs deviennent absolument impossibles. On observe alors au grand complet les phénomènes décrits par Duchenne, de Boulogne, sous le nom de *paralysie de la conscience musculaire*.

La diathèse de contracture est très manifeste. Si on vient à percuter brusquement un des membres du malade, ou si on lui donne un *shake-hand* un peu fort, le membre correspondant est aussitôt immobilisé par une contracture violente qui se dissipe par l'insufflation ou les frictions légères. Les réflexes rotuliens sont abolis ainsi que les réflexes plantaire et pharyngien.

Le pouls est toujours très rapide ; nous ne l'avons jamais trouvé au-dessous de 128 pulsations par minute et, dans les moments de crises dont nous parlerons tout à l'heure, il arrive à 168. Le cœur ne paraît pas augmenté de volume. Ses battements sont éclatants. On constate un bruit de souffle extra-cardiaque dont le maximum se trouve dans le quatrième espace à gauche du sternum. Les pulsations carotidiennes ne sont pas exagérées. Les veines jugulaires ne sont pas dilatées.

Le corps thyroïde n'est pas notablemnnt augmenté de volume. On ne perçoit pas, à son niveau, de souffle rythmé par le cœur.

Les urines sont très abondantes. Leur quantité varie entre 3.000 et 3,250 centimètres cubes par vingt-quatre heures. Elles sont claires, limpides et ne contiennent ni sucre ni albumine.

La température du corps est normale. Le thermomètre placé dans l'aisselle ne s'est jamais élevé au-dessus de 37°4.

Pour compléter le tableau des symptômes présentés par le malade, il faut dire quelques mots des crises de suffocation qui se montrent presque tous les soirs, entre quatre et six heures. Ces crises débutent par des sensations de fourmillement et de picotement dans les membres inférieurs. Puis la

© ANM

céphalalgie augmente, le tremblement s'exagère, le cœur se met à battre précipitamment et avec une violence excessive, les yeux deviennent plus saillants ; le malade est alors en proie à une angoisse indescriptible. Cela dure quelques heures, puis, la morphine aidant, le calme revient petit à petit. Le sommeil qui suit ces crises est lourd, interrompu fréquemment par des rêves terrifiants dans lesquels Ai... se figure tomber dans des trous profonds, ou croit se quereller avec des personnes qu'il a connues autrefois et qu'il suppose lui vouloir du mal.

Ajoutons, pour terminer, qu'il n'a jamais eu d'attaques convulsives d'aucune espèce.

Il n'est pas difficile de reconnaître, au milieu des phénomènes morbides présentés par le malade que vous venez de voir, des symptômes appartenant d'ordinaire à trois névroses distinctes : l'hystérie, la neurasthénie et la maladie de Graves. L'hystérie se révèle par l'anesthésie générale de la peau et des muqueuses, par la paralysie de la conscience musculaire, par la diathèse de contracture, par la polyopie monoculaire, la dyschromatopsie, le rétrécissement concentrique des champs visuels, etc.; la neurasthénie, par le casque céphalalgique, par le tremblement et surtout par l'état mental ; la maladie de Graves, par la tachycardie, l'exorbitisme, la polyurie et les accès angoissants de palpitations.

L'association de l'hystérie et de la neurasthénie est très fréquente, mais l'adjonction des symptômes du goitre exophtalmique à ceux des deux névroses précédentes paraît être rare. A vrai dire, je ne connais qu'une seule observation présentant avec celle de notre malade de grandes analogies. Publiée en 1887 dans le *Lyon médical* par M. Aubry (1), elle est relative à un homme de trente-deux ans, franchement alcoolique et légèrement morphinomane qui a eu, après une poussée de rhumatisme articulaire aigu, une foule d'accidents névropathiques attribuables en partie à l'hystérie, en partie à la neurasthénie et en partie au goitre exophtalmique. Les symptômes hystériques étaient représentés par une analgésie complète de la peau et des muqueuses (sauf les lèvres, les narines, les conjonctives et une partie de la face palmaire du poignet droit), par un rétrécissement concentrique des champs visuels, par l'abolition du réflexe pharyngien ; les symptômes neurasthéniques, par de la céphalée continue, de l'agoraphobie, des rêves terrifiants, de l'irritabilité du caractère, des bourdonnements d'oreilles, etc.; les symptômes de la maladie de Graves, par de l'exophtalmie, de l'augmentation de volume du corps thyroïde, de la polyurie (cinq à six litres d'urines par vingt-quatre heures), de la tachycardie (100 à 140 pulsations par minute) et des crises pseudo-angineuses.

Mais en matière d'observation clinique, on ne voit que ce qu'on a appris à voir, et il ne serait pas impossible que les cas de névroses complexes semblables à ceux dont nous venons de nous occuper fussent, en réalité, beaucoup plus communs que ne tendrait à le faire supposer le petit nombre des exemples publiés jusqu'à ce jour.

(1) Aubry. — *Angine de poitrine, goitre exophtalmique et hystérie chez un homme* (*Lyon médical*, 2 janvier 1887).

Muséum d'histoire naturelle de Paris. — M. Emile Blanchard, de l'Académie des sciences, a ouvert son cours de zoologie (animaux articulés) au Muséum d'histoire naturelle, le mercredi 3 décembre, à 1 heure, et le continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine, à la même heure.

Influenza en France. — L'influenza vient, dit-on, de faire son apparition dans le Pas-de-Calais. Plusieurs cas, dont un grave, sont signalés à Hénin-Liétard.

POLICLINIQUE DE PARIS

Maladies des Enfants. — M. le Dr H. GILLET.

Parasitis mecutané : éruptions, impétigo furoncles, kérato-conjonctivite phlycténulaire, etc.

Messieurs,

Vous avez vu défiler au dispensaire un assez grand nombre de petits malades atteints les uns d'impétigo, les autres de furoncles, d'autres, enfin, avec de la kérato-conjonctivite phlycténulaire.

A considérer ces affections souvent isolées chez des individus différents, vous avez pu croire à des maladies complètement différentes, sans rapport aucun. Il n'en est cependant pas ainsi. Vous avez pu voir, le 20 août dernier, venir à notre consultation toute une famille, dont trois petits garçons.

L'un, âgé de 8 ans, Mi... Aimé, mesure 1m07; il pèse 22 kil. 500. Il a été à Berk l'année dernière et en arrive en juin, c'est un rachitique à tibias incurvés en avant, en lame de sabre. Il a déjà été soigné, le 28 juin dernier, pour quelques croûtes d'eczéma impétigineux de la rainure de l'oreille droite et nous est amené par la mère pour des clous de la région sacrée, qui ont débuté il y a une dizaine de jours environ.

Sur un espace de 15 centimètres carrés la peau de cette partie est soulevée par une douzaine de furoncles à diverses périodes de développement et de grosseurs différentes, les uns gros, violacés ; les autres petits, à fleur de peau; çà et là quelques petites pustules superficielles, satellites, qui ressemblent à des pustules impétigineuses, mais à contenu plus blanc; sur les régions avoisinantes, dos, abdomen, quelques furoncles aberrants.

Nous avons défendu les bains qu'on avait commencé à lui donner ; nous avons prescrit de laver la région à l'acide borique et au sublimé aux 2 millièmes, le badigeonnage à couches nombreuses (5 à 6), avec la teinture d'iode, des furoncles naissants non encore suppurés, l'expression de ceux qui contenaient du pus et l'occlusion rigoureuse de tous les points ulcérés avec l'emplâtre de Vigo *cum mercurio*.

Le 23, tout est détergé déjà et sous le Vigo les lésions cutanées s'amendent.

Le deuxième enfant, âgé de 10 ans, a 1m28 et pèse 24 kil. 500; il nous montre son genou droit qui offre au niveau de l'angle inférieur de la rotule une plaque rouge diffuse avec les tissus ambiants, dure, œdémateuse, douloureuse et au centre une petite phlycénule dont l'épiderme rompu laisse voir un fond rougeâtre, un peu saignant, centré d'un petit pertuis qui laisse sourdre quelques gouttelettes de séro-pus sanguinolent.

Il y a quelques heures, il y avait une croûtelle sur la phlyctène, celle-ci contenant du séro-pus; l'aspect actuel résulte de l'arrachement de la croûtelle. Aucun autre furoncle ailleurs.

Un badigeonnage iodé, en évitant l'endroit érodé, puis l'occlusion au Vigo, un peu plus tard, amènent la guérison sur place.

Le troisième frère, âgé de 7 ans, a 1m08, pèse 18 k. 500, a eu, en mai, une plaque de tricophytie cutanée à la tempe gauche et est en traitement déjà depuis quelques jours pour de l'impétigo léger de la face (croûtes à la joue droite, au menton et sur le cuir chevelu.)

Le même jour, une petite fille de 8 ans, By... Made-

© ANM

leine, vient nous consulter pour une lésion localisée au nez, aux narines et aux régions avoisinantes. Cette enfant, orpheline, a perdu son père, hydropique, d'affection cardiaque; sa mère, de tuberculose pulmonaire. Elle et quatre autres enfants survivent de 14. Les 9 autres sont morts en bas âge, une sœur de méningite tuberculeuse; les autres membres de sa famille semblent être en bonne santé. Elle a été nourrie par sa mère, déjà tuberculeuse. A l'âge de 4 ou 5 ans, elle a eu la rougeole. A 2 ans elle a eu une kératite double et de la gourme.

Le nez gros, gonflé, lisse, tendu, comme boursouflé, offre un empâtement localisé vers la partie moyenne à droite. Toute l'extrémité donne au doigt une sensation de mollesse qui rappelle celle du lupus, mais la peau a sa coloration et son aspect normaux, tension à part.

Ses narines, dans leur partie muqueuse, sont couvertes de croûtelles. Au niveau de la lèvre supérieure gauche en dehors de l'aile du nez, la peau érodée, est recouverte d'une croûtelle qui mesure environ 1 cent. dans son diamètre le plus grand, à contour arrondi, festonnée, craquelée, de couleur jaunâtre. La lèvre supérieure est grosse, un peu rose et indurée. Une note de M. Natier nous indique que la lésion est localisée exclusivement à l'orifice antérieur des fosses nasales. L'examen rhinoscopique est négatif; il y a seulement quelques végétations dans le naso-pharynx.

L'enfant est mince. Quelques ganglions sous les sterno-mastoïdiens, surtout à droite où il en existe un gros paquet. La kératite double, qu'elle a eu à l'âge de 2 ans, lui a laissé une légère opacité centrale des deux côtés. A droite, au côté inféro-interne, existe un petit cône vasculaire sur la conjonctive aboutissant à une petite vésicule sur le bord de la cornée.

Le traitement consiste en : Huile de foie de morue iodée (H. f. m. 15 gr. ; Teinture d'iode, I à II gouttes), 1 cuillerée à bouche, matin et soir; lavages du nez, des narines à la solution d'acide borique à 4 0/0, puis à la solution iodo-iodurée (iode métallique, 1 gr.; iodure de potassium, 3 gr.; eau 1 litre), tampon d'ouate imbibée d'huile de foie morue; lavages de l'œil gauche à l'acide borique à 4 0/0, insufflation de calomel dans les deux yeux.

L'impétigo a traîné un peu sur ce terrain scrofuleux; le 25 septembre, l'enfant, qui a bien suivi son traitement, dont l'impétigo des narines a fini par s'éteindre, nous fait, à l'aile droite deux vésico-pustules qui se transforment en croûtes; le 27, elle vient avec une conjonctivite de l'œil droit, conjonctivite phlycténulaire, à phlycténule sur le segment externe, mais dont le pinceau vasculaire se confond avec une rougeur presque généralisée de la muqueuse.

Il s'est fait là une auto-inoculation. Mais cette pauvre enfant n'en a pas fini avec ses parasites infectieux. Le 1er octobre, elle nous arrive avec un gonflement du nez et de la joue à gauche; rougeur érysipélateuse diffuse, sans rebord, ni aspect luisant : c'est l'érysipèle des scrofuleux; il a débuté avec de la fièvre et un vomissement. Il a eu pour origine une petite érosion de l'aile du nez. Il a duré longtemps, jusqu'au 18.

Vous pouvez comparer cette petite malade à celle que vous avez déjà vue, la jeune P..., Adrienne, âgée de 10 ans. Elle aurait eu la fièvre typhoïde à 20 mois, la rougeole à 2 ans, la scarlatine à 3 ans, de la gourme à 5 ans, mal aux yeux (ophtalmie) à 7 ans. Le jour où elle est venue, le 5 décembre 1889, elle pesait 27 kilogr., sa taille était de 1m33. Nous remarquions des croûtes à l'ouverture des narines, la lèvre supérieure grosse, et sur la conjonctivite gauche un cône vasculaire avec vésicule sur le limbe cornéen. L'affection a duré jusqu'au 9 janvier et le traitement a consisté en huile de foie de morue iodée, lavages et vaseline boriqués.

Le même jour j'étais appelé aux alentours de Paris par une grand'mère, pour voir son petit-fils, un garçon de 2 ans 1/2, bien portant jusque-là, sauf un peu de diarrhée au moment des poussées dentaires. Cette dame était inquiète des boutons qui s'étaient développés sur l'enfant.

Il avait, en effet, dans la région de la tempe droite une grosseur en dôme du volume d'une noisette, sur la frontière du cuir chevelu, rosée, luisante, tendue, fluctuante; au centre, un point surélevé, revêtu d'une petite croûte brunâtre; au-dessous de l'aile du nez, à à droite, une petite érosion recouverte d'une croutelle et autour comme autant de satellites, une dizaine de petites vésico-pustules, toutes petites, d'un millimètre à deux de diamètre environ, à contenu blanc-jaunâtre. Au niveau de la narine gauche, la muqueuse sécrète abondamment du mucus semi-transparent et est recouverte d'un très léger exsudat blanchâtre pultacé.

A l'index gauche, au niveau de la sertissure de l'ongle, une érosion à fond desséché en croûtelle, reste d'une tourniole. Pour faire tomber les croûtes, ouvrir de cette façon le furoncle temporal abcédé, on appliquera des cataplasmes de fécule ou d'amidon légers délayés dans la solution suivante : Acide borique, 20 gr.; Naphtol α, 0,10 centigrammes; Eau, 500 gr. — Après lavages avec cette solution, toutes les érosions seront recouvertes avec des petits morceaux d'emplâtres de Vigo *cum mercurio*.

La bonne de l'enfant porte au niveau du poignet gauche une plaque diffuse dure, rouge, œdématiée, douloureuse, surmontée en son centre d'une élevure légèrement violacée. Pour arrêter l'évolution de ce furoncle, on prescrit un badigeonnage iodé à plusieurs couches.

Le hasard de la clinique, qui nous a fourni l'occasion de voir ces 6 cas rassemblés presque en un même jour, nous a permis de saisir la filiation, la parenté d'affections décrites à part dans nos traités classiques.

Deux constatations se dégagent de cet enseignement clinique : la première, la contagion, sinon à distance, du moins locale, l'inoculabilité sur le même individu et la transmission d'un individu à l'autre du furoncle; la seconde, le rapport étroit entre le furoncle, les éruptions impetigoïdes, la conjonctivite phlycténulaire, la tourniole, et ce lien est expliqué par la communauté d'origine, par l'identité du contage, par la présence de staphylocoques et de streptocoques qu'on rencontre dans toutes ces affections.

Ces parasites sont les hôtes habituels de notre tégument; ils l'habitent sans se faire remarquer jusqu'au jour où une effraction, une cause quelconque leur permet de faire œuvre d'agents pathogènes. S'ils pénètrent seulement dans les strates superficielles de la peau, ils se cultivent sur la couche de Malpighi, sous l'épiderme qu'ils soulèvent en vésico-pustule : On a alors soit l'eczéma impétigineux, l'impétigo, la tourniole, etc., selon la région.

S'ils s'infiltrent plus profondément dans les orifices béants des glandes pilo-sébacées, sudoripares ou de Meibomius, ils produisent le furoncle, la folliculite, voire l'acné, l'ecthyma, l'hydro-adénite, le chalazion,

© ANM

selon l'organe, les conditions spéciales de milieu, de virulence, etc. Enfin, les microbes peuvent avancer plus avant dans le tissu sous-cutané, d'où les abcès, les phlegmons ; dans le tissu osseux, d'où l'ostéomyélite ; dans les séreuses, d'où les épanchements purulents, etc.

Tout ceci, c'est de la théorie ; mais ce n'est pas de l'hypothèse, de la théorie pure. L'application de ces principes est salutaire à la médecine pratique et profitable aux malades. Et c'est ici qu'on voit l'appui mutuel que se prêtent les différentes sciences médicales et la lumière que la bactériologie a apporté dans le domaine de la clinique pure et de la thérapeutique.

Avec les anciens errements, sans notion pathogénique ferme, on ne voyait que l'inflammation, que les émollients ; on couvrait les malades atteints de furoncles et d'anthrax de cataplasmes, d'infectes et d'infectants cataplasmes de farine de lin, milieu favorable à toutes les cultures de microbes, qui semaient la maladie tout autour du point primitif. Aujourd'hui, avec la notion du parasitisme animé, on déterge les lésions à l'aide de lavages antiseptiques, pour tuer ou au moins réduire à la vie latente l'agent contagieux ; si l'on a besoin de ramollir les croûtes pour les faire tomber, on se permet tout juste les minces cataplasmes de fécule ou d'amidon, et, pour éviter tout développement bactérien, on les délaye dans une solution antiseptique, acide borique, acide phénique, etc. On peut même avantageusement les remplacer par un pansement bien humide.

On comprend que les bains généraux, à moins de les faire fortement antiseptiques, ne peuvent être bons qu'à semer la maladie. Fort de la notion étiologique, on continue à poursuivre l'organite infectieux par les substances parasiticides, teinture d'iode, alcool, sublimé et surtout l'emplâtre de Vigo *cum mercurio*, etc. L'occlusion avec ce dernier a la propriété d'empêcher la possibilité de tout ensemencement ultérieur sur les parties voisines, en rendant impossible les inoculations de grattage.

Nous ne négligerons pas non plus le terrain de culture, l'organisme, dont nous chercherons à modifier les déviations de nutrition pour le rendre réfractaire, si possible, pour accroître les deux propriétés qui combattent victorieusement l'infection d'où qu'elle vienne, le phagocytisme et l'état bactéricide du sang, ces deux conditions de résistance si bien mises en lumière par M. Bouchard dans une exposition magistrale qui fera époque par ses largeurs de vue.

Nous ordonnerons donc aussi à nos petits malades les sulfureux, le fer, les iodiques, les arsenicaux, le quinquina et le tanin.

Nous éviterons les préparations alcooliques, mauvaises en général chez les enfants en dehors des états infectieux aigus et qui, de plus, poussent à la peau ; nous veillerons au bon état des voies digestives pour restreindre les auto-intoxications qui proviennent de cette source. Cette indication sera remplie par un purgatif léger, par exemple, l'huile de ricin aromatisée à l'essence de bergamotte, le salicylate de magnésie ou la scammonée associée au naphtol α, suivi d'un régime doux composé de bon lait, le plus possible, fruits en compote et légumes bien cuits.

Université de Bruxelles. — Les troubles universitaires continuent à Bruxelles. Les étudiants ont conspué le Pr Philippon. Ils ont sifflé le président du Conseil d'administration de l'Université, à l'ouverture des conférences qui a eu lieu cette semaine. Voilà où mène le refus d'une thèse de philosophie trop matérialiste !

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La méthode de Koch à Paris.

Cette semaine ont été pratiquées, pour la première fois en France, les inoculations antituberculeuses suivant la nouvelle méthode de Koch. Le 28 novembre, M. le Pr Cornil et M. Péan faisaient chacun de leur côté, à l'hôpital Laënnec et à l'hôpital Saint-Louis, les premières injections dans différentes modalités de la tuberculose interne ou externe. Samedi, M. Péan a consacré sa clinique à l'exposé de ses premiers résultats, et dimanche M. Cornil faisait à l'hôpital Laënnec une conférence sur la médication qu'il venait d'essayer. Tous deux ont fait passer sous les yeux de leurs auditeurs plusieurs malades, les uns inoculés de la veille ou de l'avant-veille, les autres en pleine réaction, en pleine poussée congestive. Il serait oiseux de rappeler ici les propriétés du liquide de Koch, les phénomènes qui accompagnent ou suivent les inoculations : ils ont été pleinement mis en lumière par la communication de Koch et par les nombreuses communications qui l'ont suivie. Disons seulement que les premiers résultats obtenus à Paris sont confirmatifs de ceux obtenus à Berlin, et signalons plus spécialement quelques points qui nous ont plus particulièrement frappé dans les conférences de MM. Péan et Cornil. Tout d'abord la dose de un centigramme, considérée dans les premiers temps comme la dose initiale normale, a été considérablement réduite : c'est par milligrammes que l'on procède actuellement. M. Péan a injecté un et deux milligrammes, se proposant de renouveler l'injection après un intervalle de cinq jours et se réservant d'augmenter la dose suivant la tolérance des malades. M. Cornil a injecté lui aussi un, deux et trois milligrammes. On peut dire d'une façon générale qu'à ces doses tous les sujets ont réagi, mais la réaction, qui varie en intensité suivant les individus, est faible à un milligramme, tandis qu'à deux milligrammes elle peut être très énergique. Cette réaction commence de cinq à six heures, mais ordinairement cinq heures après l'injection. Cependant M. Péan a présenté un malade qui, ayant 36° au moment de l'injection à 10 heures du matin, avait la même température à 3 heures de l'après-midi, 36,8 à 7 heures du soir et 37,8 le lendemain matin. Comme on l'a déjà dit à Berlin, la réaction peut donc être différée. Elle dure environ six heures, et débute souvent brusquement, l'ascension thermique pouvant atteindre dans l'espace d'une heure un degré et demi et davantage. Les phénomènes observés pendant cette période de réaction sont bien connus et nous n'y insisterons pas. La période réactionnelle une fois terminée, les phénomènes diminuent peu à peu et lorsque le lendemain on prend la température, on la trouve normale.

Les injections ont été faites aussi bien dans le service de M. Péan que dans celui de M. Cornil dans les manifestations les plus diverses de la tuberculose : tuberculose médicale, tuberculose chirurgicale. Sans vouloir en faire le départ, citons la tuberculose pulmonaire, la tuberculose laryngée, le lupus, la tuberculose de l'épididyme, la coxalgie, une synovite tuberculeuse du genou, la tuberculose ganglionnaire et osseuse, le mal de Pott, etc. Chez tous ces sujets il y a eu, outre la réaction générale, une réaction locale, évidente dans tous les cas et parfois intense. Je ne saurais m'étendre sur la tuberculose dite chirurgicale et je parlerai plus particulièrement du lupus : je noterai pourtant quelques détails. La réaction locale, ai-je dit, est manifeste, mais il faut être très réservé dans l'appréciation des faits : aussi serait-il, à mon sens, exagéré d'attacher une grande importance au dire de deux malades de

© ANM

M. Péan, l'un atteint de tuberculose laryngée et pulmonaire, se disant moins oppressé, l'autre présentant une arthrite tuberculeuse du genou et affirmant qu'il marche plus facilement.

M. Péan a noté chez deux de ses malades une diminution de la suppuration des foyers tuberculeux : il faut dire, toutefois, que l'un de ces malades était jusqu'alors soigné en ville et que cette condition seule enlève une partie de sa valeur à l'amélioration supposée. Toujours est-il que l'on peut constater de la façon la plus nette la poussée qui se fait autour du foyer malade, autour de l'épine, et que là encore il n'y a rien à ajouter à ce que nous ont appris les lettres de Berlin. Gonflement de la partie malade, tension, phénomènes douloureux, rougeur, ce sont là les manifestations ordinaires. Il est un phénomène intéressant signalé par M. Péan chez deux de ses malades. Ces sujets avaient été opérés antérieurement l'un d'une lésion osseuse, l'autre d'un abcès par congestion qui avait été ponctionné : chez eux il n'y eut que peu ou pas de réaction. Dans la tuberculose pulmonaire, ainsi qu'on l'a pu voir chez une femme présentée par M. Cornil, en pleine poussée réactionnelle, il y a une exagération des signes de tuberculose avec toux, augmentation des râles, etc.

Koch conseille, on le sait, pour juger la méthode, de commencer par des inoculations chez des sujets atteints de lupus. A Saint-Louis, deux malades de cette catégorie ont été inoculés par M. Péan dans le service de M. Hallopeau. M. Cornil, à Laënnec, en a inoculé deux autres. Sur les malades de Saint-Louis, l'injection a été de deux milligrammes : dans la journée ils ont présenté les phénomènes habituels de réaction ; la peau, de sèche et rugueuse qu'elle était, dit M. Péan, est devenue le siège d'un suintement abondant et des croûtes se sont formées rapidement à sa surface. Il y a là un état congestif humide qui a fait suite à l'état de sécheresse du début. Un autre phénomène intéressant que l'on peut constater dans le lupus, comme d'ailleurs dans les autres tuberculoses externes, c'est la réaction qui se produit autour de parties malades qui avaient passé inaperçues. C'est ainsi que dans le lupus on peut voir survenir sur un point qui paraissait sain, des rougeurs qui dénotent un semis de tubercules lupiques. De même M. Péan montrait une fistulette qui s'était mise à suinter après l'injection, et M. Cornil un nodule tuberculeux de l'épididyme qui n'avait apparu d'une façon manifeste qu'après l'injection. Chez les malades de M. Cornil atteints de lupus, les choses se sont passées de la même manière. Rougeur violacée, tuméfaction, saillie œdémateuse autour des points malades. La face de la malade apparaissait rouge, gonflée, semblable à un érysipèle ; la lèvre supérieure était tuméfiée et dure. Un suintement abondant ne tarde pas à se faire et cette sécrétion séro-fibrineuse se transforme en croûtes brunes. Au-dessous les parties malades sont à vif et bourgeonnent. Après vingt-quatre ou trente-six heures ces phénomènes s'apaisent. M. Cornil a présenté un troisième cas très intéressant. Il s'agit d'un malade syphilitique et offrant actuellement une syphilide tuberculo-croûteuse du cou. Cet homme présente encore au voisinage du nez une éruption de diagnostic difficile, de nature douteuse et au sujet de laquelle on pouvait hésiter entre la syphilis et la tuberculose. Or, chez cet homme une inoculation a été pratiquée, à un milligramme seulement il est vrai, et il n'y a eu aucune sorte de réaction. Il semblerait donc qu'on fût en droit de conclure à une lésion syphilitique. C'est là une application de la méthode de Koch qui pourra, comme le dit bien son auteur, avoir dans l'avenir une réelle importance.

Tels sont, brièvement résumés, les premiers résultats obtenus à Paris. Que faut-il en penser ? En science, il me paraît absurde d'avoir une opinion *a priori* et l'engouement est aussi blâmable que la détraction. Voici une méthode nouvelle qui en est encore à sa phase d'essai : les résultats immédiats obtenus par tous les expérimentateurs sont les mêmes ; il est de toute évidence qu'il y a là quelque chose, mais pour dire exactement ce qu'est ce quelque chose, sachons attendre. Ce n'est pas par jours qu'il faut compter lorsqu'il s'agit de tuberculose, c'est par mois, c'est par années. Certes, on ne raisonne peut-être pas ainsi lorsqu'on est malade, mais qu'on réfléchisse aux accidents qui ont été le fait de cette précipitation et l'on se retranchera dès lors derrière une plus sage réserve. Il semble, disait M. Péan, que le plus réservé de tous sur cette méthode soit encore son inventeur. Il est loin de dire que ce soit un spécifique infaillible : il nous dit seulement qu'elle agit manifestement chez les tuberculeux. Sachons attendre pour voir comment et jusqu'à quel point ; sachons attendre pour juger des récidives, de la guérison, des accidents, etc. Chaque jour nous apporte des données nouvelles et, comme le faisait très bien remarquer M. Cornil, il y a déjà peut-être actuellement trois contre-indications à ces injections : une tuberculose pulmonaire avancée, par suite de l'œdème à redouter ; une tuberculose laryngée, à cause de la possibilité d'une occlusion glottique et une granulie eu égard aux manifestations congestives à craindre du côté des séreuses, du côté de l'encéphale notamment. Encore une fois, laissons faire le temps : c'est bien là l'esprit de M. Cornil et de M. Péan ; c'est certainement la vraie façon d'éviter bien des déceptions.

A ces renseignements généraux sur les conférences de St-Louis et de Laënnec, nous pouvons ajouter quelques indications complémentaires. Les inoculations se continuent et cela dans différents services hospitaliers. Dimanche dernier, après sa conférence à l'hôpital Laënnec, M. le Pr Cornil est venu inoculer à St-Louis cinq malades atteints de tuberculose cutanée. Depuis lors, l'administration de l'Assistance publique a remis à M. le Dr E. Vidal un des flacons envoyés par Koch à M. Pasteur, et l'a chargé d'expérimenter la méthode sur les malades de son service. Les médecins de l'hôpital St-Louis se sont alors réunis en commission scientifique et ont décidé de traiter dans un même service leurs malades respectifs, la direction du traitement revenant d'ailleurs à chacun d'eux. Jeudi prochain, à la réunion de la Société française de Dermatologie, ils doivent présenter quelques-uns des cas actuellement en traitement. On ne saurait trop féliciter les médecins de St-Louis de travailler ainsi en commun : c'est la vraie façon d'arriver à un résultat pratique et de dégager les inconnues que l'on rencontre à chaque pas dans l'expérimentation de cette méthode. De cette manière seulement on aura des résultats comparables, car, si, d'une façon générale, les phénomènes observés à Paris sont ceux qui ont été signalés à Berlin, il s'en faut que tous les cas soient absolument semblables. Tel malade, pour ne prendre qu'un exemple, a sa réaction cinq heures après l'injection, tel autre ne l'a que douze, vingt-quatre heures après ; chez celui-ci elle dure quatre, cinq heures, chez celui-là elle persiste plus d'un jour ; chez un autre la réaction locale est à peine marquée, la réaction générale étant au contraire intense, etc. Il y a, en un mot, des variations de détail dont la raison échappe absolument. Il en est d'autres encore qui seront vraisemblablement mises en relief à la réunion de la Société de Dermatologie par les médecins de St-Louis. Ces documents ne nous appartenant pas, nous attendrons, pour tenir les lecteurs du *Progrès médical* au courant de l'état des malades de St-Louis, les communications du 11 décembre.

© ANM

Nous avons signalé en commençant quelques-unes des contre-indications à l'emploi de la méthode, d'après M. Cornil. Voici quelques incidents que l'on peut observer pendant le traitement : on a noté de l'albuminurie, de l'hématurie, des exanthèmes simulant assez bien un roch morbilliforme, et, dans quelques cas, une hypothermie qui précède l'élévation de température dans la réaction générale. Ce sont là d'ailleurs des phénomènes sans gravité, semble-t-il, mais qu'il est bon de noter, puisque nous en sommes encore à la phase de rassemblement des matériaux.

Paul Raymond.

La méthode de Koch à l Hôpital Laënnec.

M. le Professeur Cornil a commencé samedi à expliquer, dans son service de l'hôpital Laënnec, le nouveau traitement de la tuberculose par la méthode de Koch, sur six malades qui s'y soumettaient volontairement; et dimanche, à deux heures, dans l'amphithéâtre des cours de l'hôpital Laënnec, il a fait sa première démonstration devant un nombreux auditoire. Il a exposé tout d'abord ce qu'on sait aujourd'hui sur le mode d'action du remède de Koch, et sur la réaction spéciale qu'il paraît présenter. Mais ces faits sont assez connus aujourd'hui pour ne pas y insister davantage. Il s'est étendu surtout sur les contre-indications qui paraissent dès maintenant devoir être observées : phtisie à un degré très avancé, phtisie laryngée étendue, méningite tuberculeuse, etc., puis sur le mode opératoire, soit pour préparer les solutions titrées, soit pour procéder à l'injection, pour laquelle les plus grandes précautions d'asepsie doivent être prises. M. Cornil préfère de beaucoup la seringue de M. Roux à celle de M. Koch. Dans celle-ci, en effet, le piston est remplacé par une ampoule de caoutchouc qui a moins d'action d'abord, et qui surtout a l'inconvénient de permettre au liquide d'y pénétrer. En opérant dans les conditions qu'il indique, M. Cornil n'a vu se produire aucun des accidents douloureux ou inflammatoires qu'on a signalés dans quelques cas.

M. Cornil a injecté le samedi 29 novembre six malades. Cinq malades ont reçu une injection de un milligramme, et un seul deux milligrammes. Les affections dont ils étaient atteints étaient les suivantes : 1° Lupus de la face peu développé, avec quelques signes de tuberculose pulmonaire. — 2° Ulcérations de nature probablement tuberculeuse du nez chez un syphilitique. — 3° Tumeur blanche du poignet chez un homme ayant présenté, il y a deux ans, des hémoptysies, et ayant encore quelques signes de tuberculose pulmonaire, avec un bon état général. — 4° Tuberculose pulmonaire datant de quatre à cinq mois, avec craquements aux deux sommets et quelques râles humides chez un jeune homme de dix-neuf ans. — 5° Epididymite tuberculeuse chez un homme de 58 ans, ayant eu autrefois la pustule maligne et la syphilis, et ne présentant pas de signes manifestes de tuberculose pulmonaire actuellement. — 6° Tuberculose pulmonaire datant de quatre mois chez un jeune garçon de 13 ans et caractérisée par des craquements au sommet gauche. Bon état général.

Ces six malades n'ont pas tous présenté la réaction caractéristique. Les deuxième et troisième malades en particulier n'ont eu aucun symptôme général, ni élévation de température. Chez le petit malade n° 6, de treize ans, on n'a rien constaté de spécial au point de vue des phénomènes généraux, mais localement il y a eu une extension des signes stéthoscopiques dans le poumon gauche, avec un peu de souffle même. Ces signes stéthoscopiques ont du reste complètement disparu le surlendemain. Réinjecté mercredi, il a eu une faible réaction avec 38°4 de température, toux plus fréquente, expectoration plus abondante, râles sous-aspirants avec souffle le soir de l'injection, mais qui disparurent le lendemain.

Chez le premier malade atteint de lupus de la face, la réaction a été légère mais très nette. Les croûtes lupeuses se sont entourées d'une aréole rouge érysipélateuse, en même temps que se montraient de la céphalalgie, des douleurs de reins, un malaise général, des nausées, et une température de 39°8. Le lendemain, ces signes persistaient encore en partie, mais la température était retombée à la normale. Ce malade a été injecté une seconde fois mercredi à la dose de un milligramme. La réaction a été moins vive que la première fois, mais le lupus va mieux. Une croûte de la joue s'est détachée; celles du nez sont blanchâtres et se décollent sur le bord avec tendance à la chute. Peu de rougeur autour des plaques de lupus.

Le malade n° 5, atteint d'épididymite du côté droit, a présenté également une réaction générale peu intense (céphalalgie, malaise, élévation de température à 39°2), mais la réaction locale a été beaucoup plus nette.

Le soir du jour de l'injection, les bourses étaient gonflées et rouges; l'épididyme droite avait doublé de volume, et du côté gauche on sentait dans la tête de l'épididyme un noyau que l'examen antérieur n'avait pas révélé.

Le surlendemain le gonflement avait diminué, mais les parties n'avaient pas repris leur volume normal.

Ce malade a été injecté de nouveau mercredi matin à la dose d'un milligramme. La réaction locale a été plus forte cette fois, mais la réaction générale plus faible au contraire et pour ainsi dire presque nulle.

Enfin, chez le dernier malade n° 4, la réaction a été également peu intense. La température, qui était d'ordinaire de 39°2 le soir, n'a pas dépassé 39°4.

Il y a eu du malaise qui a persisté toute la journée, avec extension très marquée des signes stéthoscopiques, et les deux jours suivants, le malade a ressenti encore une courbature assez prononcée avec faiblesse dans les jambes. Mercredi matin, ce malade a été de nouveau injecté à la dose d'un milligramme. La réaction a été peu intense dans la journée de mercredi; la fièvre est montée à 40°2, mais le jeudi le malaise était plus grand, l'oppression assez marquée, la toux fréquente, sans expectoration toutefois. La fièvre était le soir de 40°6, et les râles humides occupaient toute l'étendue du poumon gauche et une grande partie du droit.

Dimanche, deux nouveaux malades avaient été injectés, et la réaction se produisant en général 6 ou 8 heures après l'injection, M. Cornil a pu en présenter un en pleine période réactionnelle. C'est une jeune femme de 26 ans, atteinte d'un lupus étendu de la face, du bras gauche et d'une plaque de lupus au genou gauche. Pas de toux, pas d'expectoration. Quelques craquements sous la clavicule droite. L'injection fut de 3 milligr. 1/2. La réaction commença sept heures après environ et fut très intense. Le soir, il y eut du délire, une fièvre de 40°5; céphalalgie extrême, dyspnée intense, toux continuelle, tuméfaction très marquée de toutes les parties atteintes de lupus. Le lendemain, la température était encore de 39°9 et on constatait en même temps qu'un rash scarlatiniforme sur la poitrine et l'abdomen, une congestion assez marquée des poumons. La toux persistait; la céphalalgie, la courbature et les douleurs de reins étaient très marquées. La température mardi matin tombait à 38°2 seulement. Les autres phénomènes généraux étaient un peu diminués. Mais depuis la veille on constatait des urines noirâtres, renfermant 3 grammes d'albumine par litre, et de nombreux globules sanguins fragmentés et déformés. En somme, hémoglobinurie et albuminurie très marquées. Ces phéno-

© ANM

mènes persistaient encore un peu jeudi matin, mais le lupus était très modifié. Les croûtes se décollaient sur les bords et avaient tendance à se détacher. Les phénomènes pulmonaires avaient disparu, sauf la toux encore assez fréquente.

Le second malade inoculé le dimanche, était un malade atteint de tuberculose osseuse disséminée à la face, aux bras, etc. La dose de l'injection fut de cinq milligrammes. La réaction fut également assez vive, mais les signes locaux ne furent pas très intenses.

Les phénomènes généraux persistèrent également deux jours et les douleurs de reins coïncidèrent avec une hémoglobinurie et une albuminurie très intenses comme chez l'autre malade.

Ces cas d'albuminurie n'ont pas encore été signalés et semblent devoir être une contre-indication d'un traitement suivi chez les malades qui sont susceptibles de la présenter à la première injection.

Mardi, deux malades furent injectés de nouveau. Une vieille femme de 62 ans, sans signes manifestes actuels de tuberculose pulmonaire et présentant des abcès ganglionnaires cervicaux en voie de cicatrisation.

L'injection de 1 milligramme n'amena qu'une réaction très faible : un peu de céphalalgie, de malaise, de courbature, de toux. Peu de chose localement : seulement un peu de rougeur et d'inflammation de deux ganglions qui gonflèrent et adhérèrent un peu à la peau qui, auparavant, était mobile à leur surface.

Le second malade, un homme de 26 ans, était un tuberculeux assez avancé avec cavernes et cavernules dans les deux poumons et expectoration abondante.

La fièvre fut assez vive, monta à 40°2, pour le lendemain matin tomber à 37°6. Mêmes phénomènes généraux que chez les malades précédents. Mais, malgré les lésions étendues des poumons, on ne constatait aucune différence dans les signes stéthoscopiques. Tout au plus l'expectoration avait-elle été un peu plus abondante.

Mercredi matin, trois autres malades ont été injectés.

Le malade n° 1, qui la première fois n'avait eu aucune réaction, ce qui avait fait supposer que l'ulcération qu'il présentait était syphilitique, a réagi cette fois deux heures après l'injection. Il eut du frisson et une température de 38°8 qui tomba au bout d'une demi-heure. Mais il n'y eut pas de modification locale appréciable.

Le second malade est un homme de 28 ans, atteint de tuberculose laryngée. La température n'est montée qu'à 38°4 quatre heures après l'injection. Il a eu un peu d'oppression, de céphalalgie, une toux plus fréquente et une expectoration plus abondante. Mais la voix n'est pas modifiée.

Le dernier enfin est un jeune tuberculeux de 16 ans arrivé à la deuxième période, avec mauvais état général, et à qui on injecta un 1/2 milligramme seulement. Il se fit une très faible réaction générale avec 40° de température, qui s'élève ordinairement le soir à 39°, 39°5. Pas de réaction pulmonaire notable.

Il serait bien téméraire aujourd'hui de se prononcer sur la valeur d'un procédé d'après un très petit nombre d'expériences. Le cas d'albuminurie et d'hémoglobinurie observés doivent en tous cas nous rendre circonspects. La réaction paraît bien être dans la majorité des cas, celle qu'a indiquée Koch ; mais il ne semble pas que sur la phthisie elle entraine des modifications utiles quand elles existent, ce qui n'est pas toujours. A l'avenir donc de décider.

Paul SOLLIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 24 novembre 1890. — PRÉSIDENCE DE M. HERMITE.

M. le Dr NIEPCE adresse une lettre relative à ses recherches concernant la *contagion*, la *transmissibilité*, le *traitement de la tuberculose*.

M. FOVEAU DE COURMELLES adresse une note relative à l'*absorption médicamenteuse électrique*. M.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 29 novembre 1890. — PRÉSIDENCE DE M. CHAUVEAU.

M. J. CHATIN. — *Sur la vascularisation de l'épithélium dans les crêtes acoustiques des vaisseaux*. M. Chatin a constaté que les vaisseaux pénétraient dans l'épithélium, dépassant le substratum conjonctif et formant un réseau autour des cellules basales. Ils s'élèvent même jusqu'aux cellules auditives. Ce fait est à joindre à ceux qui ont été signalés par M. Ranvier et par d'autres observateurs, et prouve que l'opinion ancienne sur la non-vascularité des épithéliums doit être reniée.

M. NICOLAS. — *Sur une anomalie musculaire héréditaire*. — Deux jumeaux, un fœtus femelle et un mâle, portaient chacun un muscle présternal bien développé. La mère vivante porte le même muscle que l'on peut mettre en évidence par l'électrisation localisée.

MM. RAILLET et LUÇAY font déposer par M. KAUFFMANN une note sur les *Coccidies de l'intestin du chien et du chat*. On les trouve entre les cellules épithéliales des villosités. Cette recherche est assez délicate, car les villosités se putréfient rapidement. Chez une femme et chez son enfant, atteints tous deux de diarrhée, on a retrouvé des Coccidies semblables.

M. PHILASIX. — *Sur un Nématode, nouveau parasite du poumon chez le dauphin*. Les parasites sont assez fréquents dans le poumon des cétacés ; M. Huet en a décrit chez l'otane. Kuhne a signalé trois espèces de strongles chez le dauphin ; ces animaux, souvent à l'état larvaire, quelquefois sexués, comme une espèce signalée par Hebold, forment des pseudo-tubercules dans lesquels à la coupe on retrouve le ver pelotonné. L'animal observé par M. Phisalix est sexué ; il s'arrête dans les petites bronches, où il s'engage la tête en avant. Les organes génitaux femelles sont disposés à la partie postérieure du corps de l'animal, à l'inverse de ce qui se passe chez les strongles.

MM. MATHIEU et RÉMOND donnent quelques expériences de contrôle, relatives aux recherches qu'ils ont déjà exposées sur les divers facteurs de l'*acidité du suc gastrique*. Cette note technique a pour but de répondre à des reproches adressés par MM. Hayem et Winter, dans leur livre sur le chymisme stomacal, aux recherches acidimétriques dites cliniques. Les auteurs établissent que les résultats approximatifs donnés par le dosage du chlore sont très suffisants et assez précis pour que l'on puisse compter sur eux.

M. LAPICQUE a exposé, il y a quelques mois, à la Société, un *nouveau procédé de dosage du fer contenu dans le sang*. Ce procédé a été critiqué, en Allemagne, par MM. Kruss et Morat, qui l'ont déclaré insuffisant et impraticable. D'après M. Lapicque, qui défend son procédé, ces messieurs ne se sont pas placés dans les conditions suffisantes pour juger cette expérience, basée sur l'emploi des sulfocyanates alcalins. Il l'a soumis à un contrôle qui en prouve la valeur absolue.

M. CHARDIN, vétérinaire au 3e cuirassiers, envoie une note sur un *procédé de fabrication d'un pain de conserve* très nutritif à l'aide du sang. C'est la modification pratique d'une expérience indiquée par Scheurer Kestner. La farine absorbe soit la viande, soit le sang, et les rend ainsi plus faciles à conserver et à assimiler. Il s'agit d'une

© ANM

véritable digestion dans laquelle le goût particulier des substances albuminoïdes disparaît complètement. Ce pain peut être conservé très longtemps ; les animaux domestiques l'acceptent facilement, et il pourrait servir de nourriture exclusive pour un temps limité, en cas de siège par exemple. ALEX. PILLIET.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 2 décembre 1890. — PRÉSIDENCE DE M. MOUTARD-MARTIN.

M. CHAPUT, au nom de M. TERRILLON et au sien, fait une communication sur l'*anastomose de l'intestin grêle et de l'S iliaque pour un anus contre nature ombilical compliqué de rétrécissement des deux bouts*, chez une femme de cinquante ans, atteinte d'un anus contre nature ombilical survenu à la suite d'une hernie étranglée et gangrenée. Le bout supérieur était rétréci et le bout inférieur oblitéré par les parties sphacélées. Les auteurs, voulant recourir à l'entéro-anastomose entre l'intestin grêle et l'S iliaque, employèrent d'abord le procédé de la pince, puis le procédé d'abrasion et la ligature en masse pour forcer les matières à passer par le rectum. Ces procédés n'ayant pas donné de résultat satisfaisant, l'entéro-anastomose en un seul temps par le procédé de Wœlfler fut pratiquée. La fistule fut comprise dans la suture et la fermeture rendue ainsi hermétique. Au bout de quelques jours, l'opérée allait à la selle par l'anus. Mais la malade mourut peu après de complications rénales.

M. L. COLIN fait une communication sur les *causes de la dépopulation de la France*. Pour lui, l'armée n'est pas un milieu typhoïgène, et les épidémies qu'on y observe sont le plus souvent dues à des influences malsaines urbaines. La variole n'y est plus qu'exceptionnelle, grâce à la revaccination qu'on y pratique régulièrement. L'orateur réclame l'assainissement des villes, l'adduction d'eau pure, une bonne canalisation pour les immondices et, d'autre part, la vaccination obligatoire pour tous les habitants en dehors de l'armée.

M. HALLOPEAU lit un travail sur *une forme prolongée de cocaïnisme aigu* qu'il a observée chez un malade, à la suite d'une seule injection de chlorhydrate de cocaïne faite dans la gencive pour l'extraction d'une dent, et qui entraîna des troubles qui durèrent quatre mois. Il arrive aux conclusions suivantes : 1° une seule injection interstitielle de cocaïne peut donner lieu non seulement à des accidents immédiats d'un caractère grave et menaçant, mais aussi à des troubles prolongés extrêmement pénibles ; 2° ces troubles ont beaucoup d'analogie avec ceux qu'on observe peu d'instants après l'injection ; ils consistent surtout en une céphalalgie persistante accompagnée d'un profond malaise, d'insomnie, d'engourdissement des membres et en des accès de défaillance avec vertige et prostration mêlée à une excitation cérébrale qui se traduit par de la loquacité et une grande agitation; 3° des doses minimes du médicament peuvent suffire à les provoquer ; 4° leur durée peut être de plusieurs mois ; 5° on les observe surtout chez les sujets dont le système nerveux est très excitable ; 6° on peut les attribuer à une action élective du poison sur certains centres nerveux.

M. HENROT (de Reims) lit l'observation d'un cas pour lequel il propose la dénomination de *toxémie cataméniale héréditaire*. Il s'agit d'un nouveau-né qui présenta toujours au même point une éruption d'aspect herpétique à l'époque correspondant non seulement aux périodes supposées des règles de sa mère pendant l'allaitement, mais même encore des périodes réelles après le sevrage, phénomène qui dura quinze mois. L'éruption était apparue pour la première fois chez la mère pendant les suites de couches et un mois après chez l'enfant, dans le même point que chez la mère.

M. HOUZEL (de Boulogne-sur-Mer) lit une observation de *résection du rectum pour un cancer annulaire* chez un homme de 69 ans. Il y eut guérison, mais sept mois après le cancer récidiva à la marge de l'anus.

ELECTIONS. — La liste de présentation pour la place vacante dans la section de pathologie médicale est dressée ainsi qu'il suit : 1° M. Dieulafoy ; 2° M. Duguet ; 3° M. Kelsch ; 4° M. Landouzy. P. SOLLIER.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 28 novembre 1890. — PRÉSIDENCE DE M. DUMONTPALLIER.

M. DUPONCHEL présente un jeune soldat porteur d'une vessie à *capacité exceptionnelle* et en même temps *polyurique* et *polydipsique*. Ce sujet urine dans une seule miction près de 2 litres 1/2. Il peut sans effort garder un peu plus de 3 litres de liquide dans le réservoir urinaire. Il est en outre polyurique et polydipsique. La quantité d'urine rendue est d'environ 13 litres par jour. Elle ne contient ni albumine, ni sucre, ni excès d'urée ou de phosphates. Il est difficile de dire s'il s'agit d'un diabète insipide ou de simulation.

M. FÉRÉOL a vu récemment un malade analogue et s'est assuré, en le faisant sonder toutes les 2 heures, qu'il rendait de de 8 à 16 litres d'urine en 24 heures. L'antipyrine, le bromure de potassium, les drastiques sont restés à peu près sans résultats. Ce malade n'était pas hystérique.

M. DUMONTPALLIER cite un polyurique qui rendait, en même temps que 8 à 9 litres d'urine, 750 gr. de sueur par jour. Il est parvenu à supprimer ces sueurs en prescrivant au malade des injections de 1 gr. d'ergotine. La quantité d'urine n'a pas augmenté.

M. HAYEM est convaincu par ses observations antérieures que, lorsqu'il n'y a pas en même temps que polyurie, azoturie, phosphaturie, etc., il s'agit de simulation.

M. RENDU croit que les polyuriques vrais sont presque toujours des azoturiques vrais. Il a eu de bons résultats de l'ergot de seigle à doses croissantes et de l'hydrothérapie.

M. SIREDEY a observé un polyurique qu'il croit simulateur, car il y avait des différences notables dans la couleur et la composition chimique de l'urine suivant l'heure où on l'observait.

M. ANDRÉ PETIT parle d'un polyurique chez lequel on découvrit un jour la présence d'un tænia. L'expulsion de ce ver fut suivie de la guérison de la polyurie.

M. SEVESTRE, à l'occasion d'un travail de M. le Dr BLENIE (de Limoges), lit un travail sur le *traitement de la diphtérie par la glace*, établissant que ce mode de traitement est un adjuvant utile, mais non un moyen auquel on puisse entièrement se fier sans pratiquer l'antisepsie de la bouche. La glace peut prévenir l'envahissement du larynx, mais elle ne présente pas d'action notable sur le croup constitué.

M. LAVERAN expose son procédé d'*examen du sang au point de vue de la recherche de l'hématozoaire du paludisme*. Il faut examiner le sang pris au moment de l'accès et chez des malades qui n'aient pas pris de quinine depuis quelque temps. L'examen peut se faire sur le sang frais ou sur le sang desséché, mais pour ce dernier il faut colorer au bleu de méthylène. Le sang frais permet seul de constater l'existence des flagella.

L.-R. REGNIER.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 3 décembre 1890. — PRÉSIDENCE DE M. TERRIER.

M. le Dr FONTAN (de Toulon) adresse un mémoire sur la *cholécystectomie*.

M. le Dr MOTY, médecin militaire, adresse une note sur l'*appendicite*.

M. PÉRIER dépose sur le bureau une note de M. le Dr REBOUL (Marseille) sur le *traitement des adénopathies scrofulo-tuberculeuses par le naphtol camphré*.

Suite de la discussion sur le traitement des tumeurs blanches du genou.

M. KIRMISSON. — On sait que, quand on résèque, il faut tout enlever; que la résection incomplète est une mauvaise opération. Il pense qu'on peut cependant, sans inconvénient, laisser parfois des tubercules dans la plaie, chez les enfants

© ANM

surtout, où souvent l'on est obligé de faire une opération incomplète. Il montre un petit malade qui le prouve.

Obs. — Mal de Pott lombaire guéri. Arthrite suppurée du genou. Résection fort minime. Foyer tuberculeux trouvé dans l'épiphyse fémorale. Simple grattage de cette cavité et cautérisations au thermocautère. Drainage pendant longtemps. Le petit malade marche sans raccourcissement notable. La résection date de 6 mois.

M. Marchand rapporte 2 faits qui prouvent que la localisation de la tuberculose dans les extrémités osseuses de la jointure tibio-fémorale lors de tumeurs blanches peut manquer. Il cite un 3e cas qui montre qu'un tubercule osseux peut guérir seul dans une arthrite tuberculeuse du genou : Enfant de 14 ans 1/2 ayant une flexion angulaire d'un membre inférieur, consécutive à une tumeur blanche du genou guérie depuis 3 ans. Résection. M. Marchand trouva un tubercule guéri et enkysté, gros comme une noisette. Il le laissa en place, craignant d'y toucher.

M. Lucas-Championnière. — Il n'a pas dit que hors de l'ablation totale des masses tuberculeuses il n'y avait pas de salut. Il y a des cas qui guérissent seuls : on le sait. Mais il s'agit de savoir s'il vaut mieux, oui ou non, opérer et enlever tout. Il en est convaincu. Il n'est partisan des opérations économiques que quand il n'y a pas moyen de faire autrement, chez les enfants en particulier. Il croit qu'il vaut mieux tout enlever quand on le peut. La réparation est plus rapide. Il veut surtout protester, en faisant cette déclaration de principe, contre l'opinion de M. Ollier qui, au moins autrefois, conseillait de n'enlever que le gros des lésions et de laisser le reste, confiant à la nature, au traitement général, à la suppuration le soin de faire disparaître ces vestiges de tubercules. Il continue à penser que, même l'article ouvert, il est impossible de dire si l'os est malade ou non. Certes, il y a des cas où il ne l'est pas ; mais c'est l'infime minorité. Il insiste ensuite sur l'*allongement du membre* qu'on note parfois chez les réséqués du genou quelque temps après l'opération, quoique la période d'accroissement des os soit terminée pour ces opérés. Cela tient à ce qu'il se fait une sorte d'hypertrophie du cal, tel qu'un raccourcissement de 10 centimètres, lors de l'opération, n'atteint plus que 7 centim. quelque temps après. Si l'on ajoute à cela le balancement du bassin, on conçoit que les réséqués marchent facilement. Il termine en faisant remarquer combien la marche des réséqués est différente de celle des ankylosés du genou. M. Verneuil croit corriger le « *fauchage* » des ankylosés en haussant le talon du membre sain. Il oublie qu'il faudrait le hausser considérablement, au moins de 6 centimètres ; sans cela la marche ne serait pas commode. Or, un talon supplémentaire de 5 à 6 centimètres diminue notablement la stabilité d'un sujet. Il ne comprend pas comment on peut se contenter de la demi-flexion pour compenser l'ankylose, surtout quand il s'agit de sujets devant porter de lourds fardeaux.

M. Richelot montre une de ses opérées d'arthrectomie datant déjà de 2 ans 1/2. La malade a un bon membre avec lequel elle marche bien. Les réséqués, au contraire, marchent habilement avec un mauvais membre. Certes, il ne nie pas que l'arthrectomie n'ait que des indications fort restreintes.

M. Routier a fait 18 résections du genou pour arthrites tuberculeuses, toutes guéries opératoirement. Dans un cas très grave, il dut ensuite faire une amputation. Ses malades ne boitent pas plus que la malade arthrectomisée par M. Richelot. En tous cas, dans ces 18 observations, il a toujours trouvé les os très atteints, si bien qu'il a réséqué parfois de 10 à 13 cm. d'os. Il n'a jamais trouvé l'occasion et l'indication d'une arthrectomie. Dans la résection, il draine pendant 3 jours, met le plâtre le 15e jour et fait lever le malade le 20e jour. Récemment il a revu 8 de ses opérés : ils marchent très bien.

M. Quénu. — Les synovites articulaires tuberculeuses primitives sont certainement rares ; mais il faut distinguer les cas, les enfants des adultes. Chez les adultes, il faut faire deux catégories : 1° Les synovites survenant chez les tuberculeux pulmonaires (Syn. secondaires) ; 2° Les synovites primitives (pas de lésions des poumons). Les synovites primitives pures, c'est-à-dire sans lésions des os, lui semblent avoir une gravité plus grande, une marche plus aiguë (virulence plus grande du produit tuberculeux, etc.). — Chez les enfants, il faut faire la résection, non pas à la scie, mais à la curette, respectant le plus d'os possible. Il ne faut pas craindre de conserver des extrémités osseuses plus ou moins irrégulières, de faire des résections atypiques. Chez l'adulte, plus on enlève, mieux cela vaut.

M. Pozzi communique la *statistique des opérations qu'il a exécutées dans son service* (H. Pascal — Lourcine), dans les 5 derniers mois (10 juin-1er novembre 1890). — Il a fait 85 opérations dont 38 laparotomies. Sur ces 38 laparotomies, il n'a eu que deux morts : un hystérectomie abdominale pour un fibrome de 20 livres (mort d'accidents cérébraux, après décortication laborieuse et production d'une fistule stercorale) ; un splénectomie pour hypertrophie paludéenne parisienne de la rate (mort en 48 heures). Sur 47 opérations vaginales, il n'a eu qu'une mort : un hystérectomie vaginale pour cancer (faute opératoire : morceau de tampon d'ouate resté dans le cul-de-sac de Douglas).

M. Pozzi donne ensuite quelques détails sur les opérations pratiquées dans son service pour des *suppurations pelviennes*. Il possède 26 cas avec 1 seule mort, due d'ailleurs à une faute opératoire. Il s'agit d'un pyosalpinx rompu dans l'abdomen qu'il ne draina pas ; mort par péritonite. Il fait l'incision très petite, de façon à passer seulement les doigts. Il sent et ne voit pas ce qu'il fait dans le bassin. Le doigt est plus utile que l'œil en pareil cas. A moins que la collection purulente ne soit très grosse, il ne la ponctionne pas. Il y a très souvent des *adhérences des annexes avec l'appendice cæcal*. Peut-être certaines salpingites des vierges sont elles dues à une propagation de l'infection provenant de cet appendice par l'intermédiaire des adhérences et des lymphatiques, surtout si la trompe droite est malade la première. Dans les cas où il en est ainsi et où l'on notera l'existence d'antécédents intestinaux (entérite, fièvre typhoïde), il faudra songer désormais à la possibilité d'une telle étiologie. Il cautérise toujours au thermo-cautère le pédicule des trompes. Toutes les fois qu'il y a du liquide septique tombé dans le petit bassin, il faut drainer, soit avec une mèche de gaze (petit drainage), soit avec le sac de gaze iodoformée de Mickulicz. Ce drainage capillaire est très bon ; « il appelle les liquides au dehors ». On a publié des cas d'empoisonnements iodoformés à la suite de cette manœuvre ; cela tient à ce que la gaze était trop chargée d'iodoforme. Il suffit de battre celle qu'on trouve dans le commerce pour la débarrasser de son excès de substance active. De la sorte elle ne donne pas lieu à des accidents d'intoxication (1). M. Pozzi n'emploie pas les drains de caoutchouc pour la cavité péritonéale.

Il fait toujours la suture à étages de la paroi abdominale ; de la sorte, dans les salpingo-oophorectomies du moins, on n'observe pas d'éventration. Il n'en est pas de même dans les hystérectomies abdominales à pédicule externe : la partie inférieure de la cicatrice constitue toujours, on le conçoit, un point faible. Depuis 1889, il a fait 7 hystérectomies de cette façon avec deux morts.

M. le Dr Schmitt lit une observation de *kyste dermoïde sublingual confondu avec une grenouillette. Extirpation. Guérison.*

M. Schwartz présente un malade atteint d'un *lupus frontal* impossible à guérir. Il l'a extirpé et a fait une *greffe italienne* en prenant de la peau sur le bras. Résultat très bon. Chez l'enfant, en raison de la vitalité des tissus, on peut sectionner le pédicule au 10e jour.

M. Routier présente une jeune fille de 20 ans opérée par la *laparotomie d'une péritonite tuberculeuse*. On intervint en pleine fièvre (38°) ; on nettoya la cavité péritonéale avec de la gaze iodoformée. La malade va si bien qu'elle a augmenté de 9 livres en 2 mois depuis l'opération. Le diagnostic n'a été porté qu'au point de vue clinique.

M. Terrillon rappelle que son opérée, présentée à la Société

(1) Un procédé plus simple consisterait à faire le tamponnement de Mickulicz avec de la *gaze aseptique* préparée, par exemple, à l'aide de l'étuve Sorel-Quénu ou de l'autoclave. Il est probable qu'on obtiendrait, par le drainage péritonéal, avec cette gaze, les mêmes résultats qu'elle a déjà fournis pour le tamponnement intra-utérin aseptique (Dührssen, etc., *Congrès de Berlin*, 1890).
M. B.

© ANM

(laparotomie pour péritonite tuberculeuse), va toujours très bien; elle a engraissé de 25 livres depuis l'opération.

M. Terrier désirerait que des examens histologiques et des inoculations fussent faites pour chaque fait particulier avant que l'on présente des cas semblables. Pour celui de M. Routier, on ne sait rien à ce point de vue. Dans celui de M. Terrillon, on n'a pas fait d'inoculation. Dans un cas qu'il a opéré à Bichat, on a fait l'examen histologique et des inoculations qui ont été d'ailleurs positives; mais sa malade n'a pas guéri si rapidement. Elle est simplement en voie de guérison.

M. Schwartz a observé un cas semblable. Sa malade est restée guérie quelques mois; mais aujourd'hui le liquide s'est reproduit. La guérison n'a été qu'apparente. Il faut suivre longtemps les malades avant de les déclarer guéris.

M. Routier présente un malade chez lequel il a fait une *double résection de la hanche* pour ankylose des deux hanches. De tels faits sont rares. Bon résultat.

M. Quénu, dans un cas analogue, s'est borné à faire la *double section sous-trochantérienne*, au lieu de la résection. C'est plus simple; bon résultat.

M. Kirmisson pense qu'il vaut mieux faire la résection d'un côté et la simple section sous-trochantérienne de l'autre, comme l'ont écrit certains chirurgiens étrangers. Il est opposé à la résection des 2 côtés. Il a fait une fois une double ostéotomie sous-trochantérienne; bon résultat.

M. Routier décrit les lésions trouvées lors de l'opération; l'article ressemblait à un bloc de marbre.

M. Quénu montre une *pince pour résection intestinale*. Elle comprend, sur la face interne de ses mors, une gouttière où l'on place des tubes de caoutchouc pleins d'air. De la sorte, l'intestin est obstrué, sans être contusionné. Cette pince peut être stérilisée, à l'étuve pour la partie métallique, à l'autoclave ou par l'ébullition pour le caoutchouc. Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS.

Séance du 2 décembre 1890. — Présidence de M. Parinaud.

M. Darier préconise, comme *traitement de la conjonctivite granuleuse*, la destruction complète des granulations en une seule opération sous le chloroforme. D'abord scarifications profondes de la conjonctive, puis grattage à la curette et, enfin, brossage énergique avec une brosse très dure trempée dans une solution forte de sublimé. En 8 ou 15 jours, M. Darier obtient ainsi la formation d'un tissu cicatriciel souple et lisse sans déformations, desideratum que les autres méthodes n'obtiennent qu'après des années de traitement.

M. Abadie a obtenu, par ce *traitement chirurgical du trachome*, de promptes guérisons. Il insiste sur l'importance du retournement complet des paupières qui met à nu un tissu où se cantonnent les granulations et qu'il faut modifier profondément par un grattage énergique.

M. Despagnet s'étonne du résultat rapide obtenu par cette méthode. Laissant à M. Galezowski le soin de défendre l'excision du cul-de-sac conjonctival qu'il a préconisée, il fait remarquer que par ce procédé on luxe suffisamment la paupière, et que des cautérisations sur la conjonctive tarsienne, à l'aide du couteau large, du thermo-cautère, lui ont donné de bons résultats.

M. Vignes a obtenu la guérison des granulations invétérées, avec complications cornéennes, par le massage avec l'acide borique, qui, comme le procédé de M. Darier, a une double action mécanique et antiseptique.

M. Galezowski réclame la priorité pour le traitement chirurgical du trachome. Il fait l'excision du cul-de-sac à l'aide de pince à deux mors, qui luxe la conjonctive sur le tarse. Cette méthode est pratiquée par lui depuis dix ans, a toujours donné des résultats satisfaisants, même dans les cas de pannus et d'ulcérations de la cornée, et jamais elle n'amène de rétraction de la paupière.

M. Gillet de Grandmont cautérise directement la muqueuse du cul-de-sac avec une solution d'acétate de plomb dans la glycérine.

M. Darier maintient que la guérison peut s'effectuer en peu de temps. Les malades qui, à Prague, ont subi le traitement, présentaient des conjonctives parfaitement saines. De plus, ce procédé opératoire ne ressemble en rien à ceux déjà décrits.

M. Gillet de Grandmont. — *De la corectopie.* — Trois observations, concernant deux adultes, le frère et la sœur, et un enfant, semblent prouver que la corectopie n'est pas une malformation ou un arrêt de développement, mais comme la conséquence d'un état pathologique et diathésique dont la première apparition a lieu pendant la vie fœtale.

Chez un jeune homme de 26 ans : irido-choroïdite aiguë, pupilles ovales portées vers le limbe scléral dans la portion externe et supérieure, iris verdâtre, cristallins opaques et branlants; chez la sœur, âgée de 17 ans, déplacement symétrique des pupilles ovales portées sur le bord externe du limbe scléro-cornéen, cristallins détachés de la zone de Zinn dans la portion qui correspond au segment le plus étroit de l'iris : tels sont les phénomènes observés. Le troisième cas concerne une petite fille de 2 ans qui présentait un déplacement très accusé des pupilles ovalaires et portées en bas et en dedans. La portion étroite de l'iris qui est décoloré est de moitié moins large. Six mois plus tard, la corectopie s'est accusée, le petit limbe de l'iris s'est rapproché du bord scléro-cornéen avec lequel il semble soudé. Dans ce cas, un néoplasme a dû exister pendant la vie fœtale, et la corectopie s'est développée par suite de la rétraction des tissus.

L'auteur met en parallèle ces trois observations et fait remarquer que les symptômes décrits chez les deux adultes ne sont que la continuation du même processus.

M. de Wecker pense qu'on doit rattacher la corectopie au glaucome congénital qui, pendant la vie, prend un caractère plus accusé. Dans les deux affections, on observe un agrandissement de la cornée.

M. Meyer n'a jamais vu la corectopie survenir chez des personnes qui présentent pourtant des altérations cicatricielles, ce qui prouve, dit-il, qu'il doit exister plusieurs sortes de corectopie.

M. Boucheron. — *Plexus nerveux de l'iris.* — Les nerfs de l'iris, émanant des nerfs ciliaires, sont disposés en *plexus*, comme les autres nerfs venant des nerfs ciliaires.

Dans l'iris existent *trois gros plexus principaux* : un plexus *annulaire* à la périphérie de l'iris, plexus qui est commun à l'iris et aux procès ciliaires; un plexus *médian*, en arcades; et un plexus *juxta-pupillaire*, au niveau du sphincter.

Ces gros plexus sont constitués par des faisceaux nerveux qui s'entre-croisent avec les faisceaux voisins en émettant les filets nerveux des fins plexus secondaires. Ceux-ci occupent les espaces intermédiaires aux plexus principaux. Les mailles de ces fins plexus sont, près du sphincter, de forme losangique. Dans le reste de l'iris, les filets nerveux présentent surtout une disposition radiaire, suivant les rayons de l'iris. Ces fibres sont souvent très longues, de la moitié de l'iris, parfois juxtaposées aux faisceaux du muscle dilatateur. On observe aussi des espèces de bouquets radiés, formés d'un tronc nerveux, dont les filets s'épanouissent en tous sens. Ce bouquet est alors intermédiaire entre les gros plexus et les fins.

C'est grâce à l'emploi de la méthode de l'or que ces détails ont pu être reconnus sans conteste sur les préparations histologiques de M. Boucheron. (*A suivre.*) Koenig.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 27 novembre 1890. — Présidence de M. Polaillon.

La cécité passagère.

M. Ad. Nicolas analyse les observations de cécité passagère précédemment rapportées par MM. Duchaussoy et Duboys de Lavigerie et relatives, comme étiologie, l'une à un traumatisme, l'autre à de la fatigue d'accommodation. Il les rapproche d'autres cas observés par lui, qu'il considère comme des manifestations hystériques et qu'il dit être plus fréquents qu'on ne le pense vulgairement. De fait, l'amblyopie hystérique étant généralement monoculaire passe souvent inaperçue des malades eux-mêmes, et comme dans certains cas ces manifestations visuelles sont les seuls symptômes de l'affection hystérique, lorsqu'elle est double, son étiologie reste fréquemment indéterminée. M. Nicolas cite, entre autres, une observation

© ANM

d'amaurose survenue brusquement chez une jeune fille et ayant disparu de même. Pour cette observation, dans ses recherches étiologiques, il trouve préalablement de la paralysie des deux jambes guérie « miraculeusement dans un pèlerinage », de l'aliénation mentale guérie à la suite d'une émotion psychique, enfin des hémoptysies répétées ayant d'elles-mêmes disparu. La malade fut, longtemps après, reprise de son amaurose, mais cette fois n'en guérit pas. Deux cas d'hémiopie double et symétrique temporaire survenus tant dans le cours d'une grossesse qu'à l'époque des règles chez deux de ses malades de la Bourboule; les autres signes hystériques constatés étaient seulement des alternatives d'anesthésie de la peau des doigts et de la dureté de l'ouïe.

Puits filtrant Lefort, à Nantes.

M. GAUTRELET donne les résultats fournis par les analyses bactériologiques exécutées comparativement sur l'eau de la Loire et l'eau du puits d'essais de la ville de Nantes à l'époque de l'étiage minima minimorum des eaux du fleuve. Au laboratoire municipal de Montsouris, M. Miquel a trouvé : Eau de la Loire, 24,000 bactéries par c. m. c.; eaux du puits Lefort, 132 bactéries par c. m. c. Au laboratoire du Val de Grâce, M. Vaillard dit que, pour l'eau de la Loire, le chiffre de bactéries est tellement considérable qu'il liquéfie la gélatine en moins de quatre jours (et parmi ces bactéries on constate le *bactérium termo* et un bacille fluorescent putride); pour l'eau du puits Lefort, 150 bactéries par c. m. c. (et parmi celles-ci aucune d'espèce nuisible). M. Gautrelet appelle l'attention de la Société sur ces dernières expériences que l'on peut considérer comme le critérium de la question pour les rivières sablonneuses et à courant rapide. Il demande à la Société son appui pour obtenir du Conseil municipal de Paris l'expérimentation du système Lefort sur l'eau marneuse d'un des cours d'eau du bassin de la Seine : de cette façon, la question serait résolue d'une façon absolument générale.

CONGRÈS D'ANVERS (1890).

Protection de l'enfance, etc.

Le 9 octobre dernier, un Congrès organisé par le gouvernement belge s'est ouvert dans la ville d'Anvers. Ce Congrès avait pour but l'étude des questions suivantes : 1° protection de l'enfance; 2° patronage des détenus et des libérés; 3° moyens de prévenir la mendicité et le vagabondage.

A chacune de ces questions répondait une section chargée spécialement de son étude et du rapport à discuter en séance générale. M. Guillery, ancien Président de la Chambre belge, avait présidé le comité d'organisation.

Les principales nations de l'Europe, sauf la Russie, s'étaient fait représenter officiellement. Les délégués de la France étaient : MM. Th. Roussel, sénateur; M. Dreyfus, ancien député; Brueyre, membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique; MM. les Inspecteurs généraux Napias et Pellat, enfin Mme Kergomard, inspectrice générale des Écoles maternelles et M. Paulian, secrétaire du Conseil supérieur des prisons de France.

M. Lejeune, ministre de la justice, a ouvert le Congrès par un discours qui trace à grands traits le programme du Congrès; puis M. Guillery, maintenu à la présidence par un vote unanime, remercie, dans un discours diffus et confus, et essaye de développer le principe utilitaire et philanthropique du patronage des condamnés libérés. Je ne parle pas de la réception grotesque qui a eu lieu le soir à l'Hôtel de Ville.

En ce qui touche à la question de la *protection de l'enfance*, l'Assemblée générale a émis, le vendredi 10 octobre, le vœu suivant : « Le Congrès international d'Anvers déclare que le placement dans les familles, et particulièrement à la campagne, est le meilleur pour les enfants assistés, abandonnés ou orphelins. »

Le Congrès de Stockholm avait déjà, en 1878, émis un vœu semblable. Or, les douze ans écoulés depuis le Congrès de Stockholm ont permis à différents pays de faire des expériences sérieuses qui ont fait constater de nouveau la supériorité du placement dans les familles à la campagne, des enfants qui n'ont aucune tare connue. Toutefois, les partisans des internats ont trouvé des défenseurs; un d'eux a préconisé, rajeunissant la pensée de la Convention, la création d'orphelinats nationaux dans lesquels les *Enfants de la Patrie* seraient élevés dans la pratique de toutes les vertus civiques. Le placement dans les familles l'a emporté à une grande majorité.

Dans la séance du 11, il a été question surtout des moralement abandonnés. En France, la loi de 1889 a réglé le sort de cette catégorie d'enfants; le ministre de la justice belge a déposé à la Chambre un projet de loi ayant le même but, et les vœux émis par le Congrès auront incontestablement une sérieuse influence sur la discussion parlementaire.

Le Congrès a tout d'abord émis le vœu que tout placement d'enfant dans les familles soit précédé d'une période d'observation et d'une enquête sur les antécédents de l'enfant et de ses parents. C'est le corollaire de la décision prise dans la séance de la veille en faveur du placement dans les familles.

Est venue ensuite la discussion sur les enfants internés en vertu de l'article 66 du Code pénal français. C'est par suite d'une véritable iniquité sociale que cet article 66 est appliqué à des enfants non vicieux. Il est vrai de dire qu'il n'existait pas pour ces enfants d'autre moyen d'hospitalisation avant la création, en 1881, du service des moralement abandonnés, et cela n'existe encore aujourd'hui que pour le département de la Seine. Mais depuis la loi de 1889, il n'y a qu'à faire entrer cette catégorie d'enfants dans les moralement abandonnés et à les élever dans les mêmes conditions. Mais il y a une autre réforme à poursuivre, c'est celle de l'article 66 lui-même et le projet de loi déposé au Parlement belge en pose les bases. Il faut, en France, obtenir les dispositions suivantes : 1° Fixation d'un âge minimum pour la traduction en justice des jeunes délinquants (la Belgique propose 10 ans). C'est une réforme déjà réalisée en Italie, en Angleterre, en Allemagne, en Hongrie, en Portugal, en Roumanie. La France, à peu près seule, continue à mettre en correction des enfants de quatre ans. 2° Remise aux services publics de l'enfance des enfants non vicieux auxquels les tribunaux ont appliqué jusqu'ici l'article 66.

La question des enfants internés, en vertu de l'article 67, comme ayant commis des crimes ou des délits avec discernement, a été l'objet d'une vive et intéressante discussion; la proposition la plus libérale a été adoptée et le Congrès a émis le vœu suivant : « La constatation du discernement dans le cas de poursuites exercées à charge d'enfants de moins de seize ans ayant commis des infractions, ne peut servir de base légale ni être laissée à l'appréciation des tribunaux pour la classification de ces enfants. Ils doivent être confiés à l'Administration de la Bienfaisance qui fera cette classification. »

Quant à la question de la déchéance paternelle, l'Assemblée adopte la formule suivante : « Le Congrès émet le vœu que la déchéance de la puissance paternelle soit prononcée contre les parents ou ascendants frappés d'une condamnation pour crimes et délits pouvant compromettre la sûreté, la moralité ou la santé de l'enfant. Cette déchéance sera obligatoire ou facultative. La même déchéance pourra être prononcée pour inconduite notoire, ivrognerie habituelle ou mauvais traitements. Dans le cas de déchéance, la tutelle sera confiée à l'autorité publique. »

Ce n'est que dans la séance du mardi matin que la section de l'enfance termine ses travaux. Sur sa proposition, les vœux suivants sont votés : « L'emprisonnement de l'enfant par voie de correction paternelle est supprimé. L'internement de l'enfant ne pourra être ordonné que par le juge ou l'autorité administrative, qui pourront le faire cesser. Cet internement ne pourra s'opérer que dans un asile, jamais dans une prison. »

La deuxième section n'étant pas prête, on commence immédiatement la discussion du rapport de la 3e section (*moyens de prévenir la mendicité et le vagabondage*). Voici les vœux adoptés par le Congrès : « Tout individu reconnu incapable de gagner sa vie a droit à l'assistance et ne peut être considéré comme vagabond ou mendiant, et à ce titre, passible de la loi pénale. L'assistance publique a le devoir d'aider efficacement les convalescents jusqu'à ce qu'ils aient repris leurs forces. Tout vagabond récidiviste qualifié doit rester aussi longtemps que possible sous la tutelle de l'État. Il y a lieu d'encourager et de provoquer les mesures législatives contre l'alcoolisme. »

Enfin le rapport de la 2e section (*patronage des détenus et des libérés*) est venu en discussion. L'assemblée en a adopté les

© ANM

conclusions que voici : « Le patronage des libérés est le complément indispensable de tout système pénitentiaire normal. Le patronage doit être l'œuvre de l'initiative privée, soutenu seulement par l'appui moral ou parfois financier des gouvernements. Le secours en argent doit être l'exception. Le patronage doit comprendre l'assistance des membres de la famille à la charge du libéré. Les comités de patronage doivent s'assurer la collaboration de contremaîtres et d'ouvriers. Le pécule du libéré doit être confié aux sociétés de patronage. Il serait désirable que la surveillance de la police fût suspendue pendant que l'individu est soumis à l'action du patronage, soit par la grâce, soit par la libération conditionnelle. »

Après avoir vu trôner sur l'estrade, à l'ouverture du Congrès, l'archevêque de Malines, et assister aux discussions un grand nombre de prêtres, on était étonné de ne pas avoir entendu encore éclater aucun pétard clérical. Il s'est fait entendre à la fin, alors qu'un certain nombre de membres n'étaient plus présents. C'est incidemment qu'on a vu surgir la grosse question de la main morte. Un professeur de l'Université de Louvain a proposé d'émettre le vœu que le gouvernement accorde la personnification civile aux comités de patronage. Le zélé professeur de la renommée Université a été battu, à une forte majorité, au milieu du bruit, le seul que le Congrès ait fait.

Je ne parlerai ni de la promenade sur l'Escaut, qui n'était qu'une promenade, ni de la visite à la Colonie des valides de Merxplas qui n'a rien appris, ni de la réunion chez le roi, à laquelle je n'ai pas assisté, et où la question d'assistance était absolument secondaire. T.

CORRESPONDANCE

La méthode de Koch à Berlin.

Berlin, le 28 novembre (1).

Mon cher rédacteur,

Je suis venu à Berlin, attiré comme beaucoup de confrères par les résultats publiés au sujet de la méthode de Koch (Mittel von R. Koch).

De jour en jour, le nombre des médecins et des malades augmente : c'est au point qu'il n'y a plus de places dans les hôtels. Sur la foi des journaux, j'ai cru ou plutôt nous avons cru tous (étrangers et français) que le remède de la tuberculose était sinon découvert, tout au moins en bonne voie de réussite.

Jusqu'à ce jour, on a soigné tour à tour des lupus, des affections ganglionnaires et articulaires, des tuberculoses à tous les degrés.

Il y a environ 2 mois, Fraentzel a entrepris ses premières expériences sur la tuberculose pulmonaire et 14 malades ont été inoculés. Chacun d'eux a reçu plusieurs injections de « lymphe » à 0,001 jusqu'à 4 ou 5 centigrammes (en général de 0,001 à 0,006 milligrammes). Tous ont éprouvé sinon à la première injection, du moins à la troisième, une réaction assez vive consistant en élévation de T., allant parfois jusqu'à 40° et quelques centièmes de degré. Quelques malades ont eu de l'asthme, « asthma », m'ont dit les assistants. Chez les uns, la sécrétion a paru diminuer, chez les autres elle a augmenté ; en général l'appétit n'a pas changé. En somme aucun résultat, même aucun résultat au point de vue des signes stéthoscopiques et plessimétriques. Je laisse de côté quelques cas de pleurésie dont l'épanchement aurait diminué à la longue. Résultat nul, *absolument nul*. Les médecins de bonne foi l'avouent tous et ne paraissent pas vouloir pousser à la consommation. Le Dr Senator nous paraît être de ce nombre. Et certes l'on inocule des tuberculeux ! à la première et à la dernière période ! chez MM. Fraentzel, Senator, Ewald, Cornet, Lœwy, Krause, pour ne citer que les principaux. Et, comme je vous le dirai plus bas, les expériences sont nombreuses tant dans les cliniques officielles que dans les cliniques privées. La tuberculose locale, — le lupus — c'est la maladie qui donne le plus. On ne voit plus que des lupeux ; les services de médecine et de chirurgie en sont inondés. La première malade de M. Kœhler, inoculée il y a plusieurs semaines pour un lupus de la face, paraît être en très bonne voie de guérison, mais, comme le fait remarquer très honnêtement le Dr Kœhler qui faisait lundi soir une conférence à l'Institut hygiénique (où se trouve le laboratoire de Koch), cette malade semble présenter encore quelques nodules tuberculeux non encore guéris, en particulier au niveau des oreilles. La réaction est assez violente dans ces cas où l'inoculation faite à la dose de 0,01 à 0,10 centigr. et même 1 gramme produit une élévation de T. considérable, un suintement du lupus, une tuméfaction.

Un des malades, un garçon âgé d'environ 8 ans, atteint d'un lupus du nez et de la lèvre supérieure, *a été amélioré au point que le lupus cicatrisé a fermé complétement les orifices nasaux*. Le nez est représenté par un cône de chair sans aucun indice d'orifice. Dans les tuberculoses articulaires, arthrites du genou, du poignet, coxalgie, mal de Pott, dans certains cas, l'inoculation a tantôt enlevé, tantôt produit la douleur. En somme rien de positif, puisque des lupus ont déjà récidivé ou présenté une guérison définitive.

Je ne m'étends pas davantage sur tout cela. Je veux cependant vous dire que, dans un cas d'opération d'Estlander, on a fait une inoculation chez Kœhler; elle n'a pas produit jusqu'à ce jour un brillant résultat.

Bergmann, de son côté, a fait de nombreuses expériences. Mais encore jeudi matin, ce distingué professeur nous fera une conférence sur ce sujet, conférence en français; je vous l'enverrai en entier.

Je ne veux pas insister outre mesure sur le *côté scientifique*, puisque je vous donnerai l'opinion d'un des plus intéressés dans l'affaire.

L'injection se fait indifféremment en un point quelconque, généralement dans le dos, avec la seringue de Koch. Seul, Senator se sert de la seringue de Pravaz ordinaire. La seringue, plongée dans une solution au sublimé, est prise délicatement entre le pouce et l'index gauches d'un assistant, qui verse dans le tube la dose à injecter. Puis l'opérateur passe encore plus délicatement son pouce et son index sur la canule qu'il enfonce dans la peau du patient. La même seringue, ou plutôt la même canule, sert à tous les malades et l'opérateur ne met jamais les doigts dans le liquide antiseptique.

Vous connaissez la seringue de Koch. Seringue peu pratique, composée d'un tube de verre terminé en haut par une petite poire en caoutchouc. Au niveau de leur jonction est un ajutage métallique avec robinet, qui, entre parenthèse, ne sert jamais. Avec cette seringue, on est obligé de faire l'injection de telle façon que la poire en caoutchouc se trouve dirigée en haut, sans cela tout le liquide tomberait dans la poire. Qu'il y a loin de cette seringue à celle de Roux ou à celle de Straus ! Les injections sont répétées tous les deux ou trois jours, ou plus tard, suivant la réaction. Voilà pour le côté scientifique. — Passons à l'autre côté, côté commercial.

Vous avez pu lire comme nous tous que le Dr Koch mettait à la disposition des médecins des tubes de lymphe, chez le Dr Libbertz, 28, Luneburgstrasse, 2e étage.

J'y suis allé aujourd'hui avec un de mes confrères. Après avoir sonné deux coups successifs (c'est la consigne), le Dr Libbertz est apparu : sans mot dire, il a allongé le bras gauche en nous montrant une petite pancarte retenue par une épingle sur sa porte : « Le remède étant épuisé, il n'en sera pas donné avant la semaine prochaine. » Signé : Dr Libbertz. Pas de date. Quand viendra la semaine prochaine ! ! ! On nous a dit ce soir dans une clinique qui a l'heureux avantage d'avoir du remède, que cette semaine prochaine viendrait dans deux mois. C'est l'assistant lui même qui nous l'a dit.

L'impression de *tous*, Français y compris (et nous sommes certainement ici une vingtaine) est, qu'en ce moment, on nous a un peu monté le coup.

Comment, pas un seul malade guéri; pas un seul amélioré au point de vue *poitrine ;* au point de vue chirurgical, aucune amélioration pouvant éviter d'avoir recours à l'intervention chirurgicale, aucune amélioration susceptible de laisser de côté la méthode ordinaire de traitement, c'est-à-dire pansement antiseptique, méthode de contention... et on a l'idée de publier des observations et des travaux qui nous laissent croire qu'en huit jours on est amélioré, sinon guéri !

Des professeurs vont même jusqu'à recommander aux ma-

(1) Cette lettre nous est parvenue trop tard pour être insérée dans le dernier numéro.

© ANM

lades de cracher dans un vase rempli d'une quantité d'eau mesurée à l'avance — afin qu'on puisse bien étudier les bacilles — et un médecin français demande si le liquide est ou non antiseptique, le professeur déclare qu'il l'ignore. Il sent le crachoir et répond que c'est du liquide antiseptique ; l'assistant dit que ce n'est que de l'eau claire. On DÉFEND ABSOLUMENT D'AUSCULTER les malades. Seul, un médecin français avait eu le privilège de le faire. Le soir, chez le Dr Cornet, on nous dit a que les malades, quoiqu'étant auscultés *seulement tous les huit jours*, ne présentent pas encore une seule différence dans les signes d'auscultation !

Et cependant on leur prend la température toutes les deux heures pour bien vérifier que la réaction s'opère vers la cinquième heure ? Les médecins qui détiennent le remède ne se doutaient pas de l'affluence considérable des docteurs qui seraient venus à Berlin ! Nous sommes plus de 1,500. Koch est innocent, je veux bien le croire. Mais pourra-t-on empêcher tous les médecins de supposer que le tube vendu 25 marks — et refusé même aux étrangers — n'est pas la possession d'une Société commerciale ? A cela Koch a répondu à l'un de ses anciens élèves qu'en ce moment il ne publiait pas la composition de son remède tout simplement parce qu'il voulait encore faire des expériences dans un autre ordre d'idées, autre chose que la tuberculose pulmonaire et articulaire et le lupus. Eh quoi, voilà un remède qui non seulement est suffisant pour être employé dans les cliniques de Kœhler, Bergmann, Senator, Fraenkel, Ewald, mais aussi dans les policliniques de Lœwy, de Cornet, de Krause ! et bien plus dans la maison de santé d'Oppenheimer et dans les hôtels entre autres l'hôtel Central, et qui est refusé aux médecins venus ici !

Voilà où le côté commercial se découvre. Des hôtels ont été loués pour l'exploitation des étrangers. Ici, à l'hôtel Central, où je suis descendu, tout le deuxième étage est rempli de tuberculeux. Qu'on ne dise pas que cela n'est pas vrai. J'ai vu, de mes yeux vu, les malades en pleine réaction auxquels on prenait la température.

Le Dr Cornet donne ici des consultations tous les soirs de 7 h. à 10, au rez-de-chaussée, dans la chambre n° 112, dans le passage allant du hall de l'hôtel au Winter Garten.

Voici l'histoire qui m'est arrivée hier soir avec le Dr Toison, de la Faculté de Lille et le Dr de Crésantignes, de Paris. Une femme que j'avais vue dans l'après-midi, en ville, m'avait assuré que M. Cornet venait tous les soirs à l'hôtel Central. Je m'informe, et j'apprends que M. Cornet est dans la 2e salle à droite du corridor allant au Jardin d'hiver, lieu de concert, les Folies-Bergère de l'endroit, attenant à l'hôtel.

Je trouve à la porte un groom qui me répond que M. Cornet fait une démonstration. J'entre, suivi de mes deux confrères : j'aperçois, tout d'abord au milieu de la pièce, une table avec un plateau, plusieurs verres et une carafe. A un coin de la table est un monsieur très grave, un cahier de température et d'observations à la main ; j'allais m'avancer vers lui, le prenant pour un assistant, afin de lui présenter ma carte, lorsque mon groom me remet trois petits parchemins analogues à ceux qui servent à mettre l'adresse sur les colis du chemin de fer. J'y lis successivement 25, 26, 27. Je demande à un monsieur placé près de moi ce que cela veut dire, il me répond que j'ai les numéros 25, 26, 27. Je regarde ce monsieur, c'était un tuberculeux ; tout le monde dans la salle était tuberculeux et avait son carnet d'observations. On nous avait pris pour des clients. Il n'était que 7 h. 3/4 et il y avait déjà 27 malades. Jugez si à 10 h. il avait dû en passer.

Ce soir, j'ai lu sur la porte n° 110, chambre dans laquelle se tient Cornet « que l'entrée est au n° 112. » Qu'on ne dise pas non plus qu'il n'y a pas de phthisiques dans l'Hôtel-Central. J'ai vu ce matin, à sept heures, descendre assis sur une chaise un malheureux Russe qui a été hissé par cinq femmes dans la voiture qui le conduisait certainement au cimetière plutôt que chez un inoculateur quelconque. Si ce malheureux vit encore à la fin de cette semaine, il aura de la chance. Car le traitement a donné des morts par œdème aigu du poumon et par méningite aiguë. Le remède qui s'emploie en solution forte pour les affections de la peau et des articulations est ainsi composé :

Remède de Koch	1 gramme
Solution phéniquée à 1/2 pour 100 . .	9 —

Solution faible :

Solution forte	1 gramme
Solution phéniquée à 1/2 pour 100 . .	9 —

Comme phénomènes de réaction, constatons qu'il se produit souvent un rash rubéolique, un gonflement, en somme tous les phénomènes rappelant l'érysipèle, ce qui me laisserait croire que la culture du microbe de l'érysipèle ne serait peut-être pas étrangère à la composition du remède de Koch. Que vous dirai-je de plus : que demain il y a une interpellation au Reichstag au sujet du remède *gardé secret*.

On a voulu considérer ce remède comme un moyen de diagnostic différentiel entre la tuberculose et d'autres affections. On a inoculé des cas d'ulcération de la joue. Dans un, il n'y a pas eu de réaction ; on en a conclu à un cancer. J'ai vu essayer le mode de diagnostic dans un cas de chéloïde du bras : pas de réaction. Si cela peut être utile dans certains cas, dans d'autres ce ne l'est pas, car j'ai vu un malade de M. Cornet qui est tuberculeux, et cependant la réaction n'est apparue qu'après la troisième injection.

Je m'arrête. Ce que j'écris ici n'est pas seulement mon opinion ; c'est aussi, je crois, celle de nos confrères : Dr Cuffer, Thibierge, médecins des hôpitaux, Léon Petit, Toison, Magitot, Luc et aussi de nombreux confrères belges et français.

A vous, BARATOUX.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Le traitement de la tuberculose par la méthode de Koch.

1. — *La méthode de Koch en Allemagne.*

Les journaux médicaux allemands de la semaine contiennent peu de résultats nouveaux. On verra, par l'analyse des derniers articles touchant cette question, que les résultats immédiats de l'injection ont été retrouvés chez la plupart des nouveaux malades traités, et qu'au point de vue du diagnostic la méthode de Koch conserve presque toute son importance. Quant à son action thérapeutique, il est naturel qu'aucun fait important n'ait été publié à ce sujet ; il faudra des semaines et des mois pour que l'on puisse être fixé définitivement sur l'influence curative du remède.

Action du liquide de Koch sur la tuberculose laryngée (*Deutsche med. Wochenschrift*, 27 nov. 1890). — M. le Dr HERTEL fait l'exposé des 18 cas traités à la clinique de Gerhardt. L'injection a été faite au niveau des lombes avec la solution à 1 0/0 du liquide de Koch, additionné d'une solution à 0,5 0/0 d'acide phénique. On n'a jamais constaté de réaction locale au niveau du point d'injection. La seringue et les canules ont été stérilisées chaque fois avec de l'alcool absolu. Chez 14 des malades traités, le diagnostic de tuberculose laryngée avait été confirmé par l'existence de bacilles dans les crachats ; l'existence de lésions lupiques et de cicatrices d'abcès froids le rendait probable chez 3 autres malades. Enfin, chez un autre, l'injection a été pratiquée à titre d'épreuve. Ces 18 observations se répartissent en 4 groupes. Le premier groupe comprend 2 cas où la tuberculose laryngée ne s'était manifestée par aucun signe avant l'injection. Après celle-ci, on constate une élévation thermique et au niveau de la muqueuse du larynx ou de la trachée de petites saillies rouges, légèrement blanchâtres à leur centre. Les inoculations ont été faites à partir du 21 novembre.

Le second groupe comprend 6 malades qui présentaient au niveau du larynx des lésions dont l'origine tuberculeuse était probable et dont l'aspect s'est modifié sous l'influence des injections. Dans toutes ces observations, on note à côté des signes généraux, causés par l'injection, une rougeur et une tuméfaction marquée au niveau des points malades de la muqueuse laryngée.

Le troisième groupe est constitué par 8 malades chez lesquels on a constaté une diminution des lésions observées avant le traitement et l'apparition de nouveaux foyers qui avaient passé inaperçus. Le quatrième groupe a trait à deux malades (dont l'un manifestement tuberculeux) chez lesquels l'injection n'a donné lieu à aucun phénomène. En somme, on peut suivre sur la muqueuse laryngée atteinte de tuberculose, les mêmes mo-

© ANM

difications que l'on observe sur le lupus après les injections du liquide de Koch, c'est-à-dire une tuméfaction, de la rougeur à laquelle succède 24 heures après le début un dépôt grisâtre apparaissant au centre et qui est le commencement de la désagrégation; l'ulcération qui en résulte s'aplanit peu à peu sans que l'on constate l'élimination des tissus nécrosés. On n'a pas encore constaté de guérison; le traitement n'a d'ailleurs été appliqué que depuis 14 jours.

Communication à la séance extraordinaire de la Société de médecine de la Charité à Berlin, par le Dr Köhler.—Ce médecin expose ses vues théoriques sur l'action du liquide de Koch. Lorsqu'il s'agit d'une lésion externe, d'un lupus superficiel, par exemple, les bacilles sont éliminés avec les tissus mortifiés, mais lorsque la lésion est profonde, qu'il s'agisse d'un lupus atteignant les parties profondes du derme ou bien d'une tuberculose articulaire, comment se passent ces choses en admettant les idées de Koch, c'est-à-dire la mortification des tissus tuberculeux sans destruction du bacille ? Quelle que soit l'hypothèse qu'on admette, les bacilles restent là menaçants. C'est pour cela que Köhler pense qu'il est nécessaire de commencer le traitement du lupus par le curettage, puis seulement après de le continuer par les injections de liquide de Koch, qui amèneront l'élimination des parties malades que la curette à épargnées. On procédera de même pour les arthrites tuberculeuses. (*Deutsche med. Wochens.*, 27 nov.).

Communication à la Société médicale de Vienne, par M. le Pr Schnitzler (séance du 21 nov.). — M. Schnitzler communique 5 cas de tuberculose cutanée, pulmonaire ou laryngée, traités par les injections de liquide de Koch depuis le 18 nov. Rien de nouveau à signaler au sujet de ces 5 cas. (*Wiener med. Bl.*, 27 nov. 1890).

Analyse du liquide de Koch.— Elle a été faite dans le laboratoire du Dr Jolles. Voici les résultats qu'elle a donné: Le liquide de Koch constitue une liqueur sirupeuse de coloration brunâtre; étendue, elle présente une légère fluorescence verdâtre. Son odeur est assez particulière. Elle rappelle l'odeur d'une vieille levure; mais, en la chauffant, cette odeur s'atténue et est remplacée par un parfum de fruit frais. Si l'on chauffe davantage, c'est alors une odeur de corne ou de cheveux brûlés.

Par la combustion, il ne reste qu'un résidu insignifiant, inférieur à 1 0/0. Le liquide a une réaction neutre. En y ajoutant quelques gouttes d'acide acétique, il se produit un léger trouble (mucine, caséine) qui augmente par l'addition de 2 à 3 gouttes de solution de ferrocyanure de potassium (albumine), mais ces réactions ne sont pas assez fortes pour caractériser la substance active du liquide. Il y a une forte réaction de Biuret (peptone). En traitant le liquide par la liqueur de Fehliny, il se produit une légère réduction, bien qu'il n'y ait pas de sucre. Il y a de légères quantités de chlorure. Il n'existe pas de sels métalliques, ce qui exclut l'idée d'un sel d'or. Les réactifs qui permettent de déceler la présence de certains alcaloïdes en présence de l'albumine ont donné des résultats négatifs. On n'a pas pu séparer les substances albuminoïdes des alcaloïdes par suite de la petite quantité de liquide dont on disposait.

Il résulte de cette analyse qualitative que le liquide de Koch contient des substances analogues aux albuminoïdes et qui rentrent probablement dans le groupe des toxalbumines. Cette hypothèse est en rapport avec l'action physiologique énergique que le liquide produit, même à doses minimes, et que nous ne pouvons comparer qu'à l'action des diastases de la pepsine, du venin de serpent. Il est vrai, qu'au point de vue chimique, il est impossible actuellement d'établir une différence entre les toxalbumines et les ferments. (*Wiener. med. Presse*, 30 nov. 1890).

Recherches anatomo-pathologiques sur deux cas de tuberculoses locales traitées par le liquide de Koch. — M. le Dr O. Israel a examiné deux des malades de Köhler. Dans le 1er cas il s'agissait d'une tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne, chez une femme qui avait subi 13 injections. Les masses caséeuses contiennent un certain nombre de bacilles, tandis qu'on n'en rencontre pas dans la couche non caséifiée des parois de la tumeur; cependant l'auteur ne conclut pas à leur absence complète. Quant aux lésions histologiques, elles ne présentent rien de particulier.

Le 2e cas concerne une femme atteinte d'arthrite tibio-tarsienne rhumatismale. Les injections n'avaient donné lieu à aucune réaction locale au niveau du pied, mais la réaction s'était montrée par contre au niveau d'une cicatrice cutanée cervicale. On avait pratiqué à ce niveau l'extirpation de ganglions tuberculeux quelques années auparavant. Il existe, en ce point, une infiltration leucocytique très marquée, sans que l'on constate toutefois la présence de tubercules ou de bacilles tuberculeux. Il y a, par contre, de nombreuses cellules géantes. On ne peut tirer aucune conclusion précise de ces deux faits. (*Berlin. Klin. Wochenschrift*, 1er déc.). Morax.

2. — *La méthode de Koch en Angleterre.*

Le rédacteur du *British medical Journal* (1) est d'avis qu'on ne peut encore faire de critique détaillée au sujet du remède de Koch, de même qu'on ne peut encore l'approuver complètement. Un grand nombre de médecins se sont rendus à Berlin, tous ou presque tous animés d'un sentiment de confiance à l'égard de la valeur de la découverte de Koch, quoique l'on ne connaisse presque rien sur la nature réelle de cette découverte. Le monde médical a appris à croire, que tout ouvrage exécuté sous les auspices du professeur Koch est parfait, et qu'on ne pouvait se permettre aucune réflexion incrédule, telle qu'on le fait d'habitude pour toute découverte. Cependant des récriminations se sont déjà fait entendre, afin de mettre en garde les phtisiques qui encombrent Berlin. « La prévoyance caractéristique des Anglais les a empêchés de se rendre dans cette capitale, car les malades considèrent avec sagesse qu'un voyage fait à Berlin, en cette saison, peut avoir une fâcheuse influence sur la marche de la maladie. » On ne peut que conseiller la prudence aux malades, et aux médecins appelés à donner leur opinion sur l'opportunité du traitement. Ceux-ci n'ont pour se guider que les rapports officiels de l'Etat allemand, et les notes de Koch, annonçant que la phtisie au début peut être sûrement guérie par son médicament. « Les renseignements qu'il donne dans sa note n'offrent nullement une pareille garantie. » Si Koch se sert du cochon d'Inde pour atténuer le virus tuberculeux, on se trouve encore en présence des expériences du Dr Lingard, qui a démontré que le virus, atténué chez le cobaye, reprend sa virulence s'il est injecté à un animal.

Les expériences de Koch sur les malades atteints de tuberculose pulmonaire ne sont nullement encourageantes. On dit cependant que les malades pris à la 1re période sont guéris en 4 à 6 semaines, par le remède de Koch, mais on ne peut encore prévoir si cette guérison est radicale. Dans les hôpitaux, les malades bien soignés à cette 1re période sont complètement débarrassés dans le même laps de temps. Les malades atteints de tuberculose plus avancée et plus prononcée, sont faiblement améliorés par le traitement de Koch. De même, ces malades traités convenablement jusqu'ici peuvent voir enrayer leur maladie, ou tout au moins la rendre stationnaire pendant des mois, des années.

Avec les renseignements que nous avons jusqu'à présent, les médecins et le public feront bien d'attendre encore la guérison parfaite qu'on nous promet.

Le Dr Koch prend place immédiatement dans la science médicale après Pasteur. « Celui-ci a rendu un juste hommage à Jenner, Koch pourrait bien également payer un égal tribut à Pasteur (2). Avant le nouveau champ ouvert par Jenner, Pasteur n'aurait jamais pu faire une moisson aussi riche que celle récoltée par Jenner; et sans la direction donnée par Pasteur à la science, Koch n'aurait jamais pu essayer les recherches qui semblent actuellement couronnées de succès. »

« Il est impossible actuellement de conclure, dit en terminant le rédacteur du *British* (3); on ne peut désirer qu'une chose, c'est que Koch remplisse ses engagements et nous donne prochainement le secret du mode de préparation de son remède. »

L'opinion du rédacteur de *The Lancet* s'accorde avec celle de son confrère du *British*. Il émet aussi l'espérance que bientôt le Pr Koch divulguera le secret de la préparation de sa lymphe. Il s'étonne que le gouvernement allemand veuille

(1) *British med. journ.*, 22 novembre 90.
(2) C'est fait aujourd'hui.
(3) *The Lancet*, 22 novembre 90.

© ANM

s'emparer du monopole de la préparation de ce remède. Si on craint qu'il n'y ait des imitations et des falsifications de ce dernier, on pourrait confier dans chaque nation sa fabrication à un Institut de bactéoriologie tel qu'il en existe dans presque toutes les puissances. Il est certain qu'une fois la formule donnée, ces Instituts fabriqueront aussi bien que celui de Berlin la lymphe de Koch. Chaque Etat pourrait prendre ses dispositions pour qu'il ne puisse être délivré de ce médicament s'il n'est revêtu de l'estampille de l'Institut; même ces lymphes pourraient être soumises à l'approbation de Koch lui-même avant d'être répandues dans le public.

Le professeur Koch avait annoncé au Congrès de Berlin qu'il avait réussi à obtenir une substance capable d'arrêter le développement du bacille tuberculeux. La lymphe dont il a relaté les effets n'a pas l'apparence d'un germicide, car il n'agirait que sur le tissu tuberculeux vivant, en hâtant le procédé curatif habituel de la tuberculose, c'est-à-dire l'élimination des tissus dûs à la présence du bacille. Il y a à craindre dans ce cas : 1° l'arrivée des microbes produisant l'inflammation suppurative; 2° la dissémination des bacilles dans l'organisme, puisqu'ils ne sont tués par le remède de Koch qu'après l'élimination des tissus nécrotiques.

L'efficacité du traitement ne pourra être reconnue qu'après un grand nombre de recherches et d'observations. Il ne faut pas s'exagérer l'efficacité du traitement, et il est nécessaire de faire le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire, et de ne pas négliger les autres moyens thérapeutiques que nous possédons contre la tuberculose. Le rédacteur de *The Lancet* espère que, si la méthode donne de bons résultats, on arrivera dans un temps plus ou moins long, à trouver le remède spécifique de la lèpre, du cancer, etc.

M. Héron (1) a fait le 1er décembre, au *City of London Hospital*, une conférence sur l'emploi de la méthode de Koch. M. Héron croit que c'est le remède qui, dans les cas récents de tuberculose pulmonaire, produit les effets les plus remarquables et les plus constants. Dans les cas anciens, on ne peut attendre qu'une amélioration momentanée. Dans les cas récents et dans le lupus, il fait des injections à 0,01 centigr. On peut donner tous les deux jours une dose faible dans les cas de tuberculose pulmonaire, tandis que, dans le lupus, il serait préférable de donner des doses fortes tous les dix ou quinze jours, en continuant jusqu'à ce que la réaction cesse, puis augmentant jusqu'à guérison complète. On ne sait encore rien sur l'immunité que confère la lymphe pour les accidents tuberculeux consécutifs. M. Héron a montré huit malades. Les résultats immédiats ont été bons.

M. Morell Mackensie (2) a inoculé, le 30 novembre, trois malades atteints d'affection tuberculeuse du larynx. Il pense qu'on ne peut conclure de la guérison d'un cas à celle de l'autre, dans les affections du larynx et du poumon. La tuméfaction des tissus est moins accusée dans les cas de lupus laryngé que dans celui de la peau. Dans deux des cas inoculés par M. Morell Mackensie, la réaction a été faible et il n'y a pas eu de dyspepsie ; mais on a trachéotomisé le troisième avant l'injection.

M. le Dr Fr. S. Eve (3) a suivi à Berlin les expériences du Pr V. Bergmann. On ne peut, dit-il, que citer fort peu de cas dans lesquels la guérison soit complète. On ne peut encore apporter une conclusion définitive. A. R.

3. — *La méthode de Koch en Hollande.*

Le 2 décembre, le premier flacon contenant cinq grammes du liquide de Koch, est arrivé à Amsterdam. M. le docteur W. van Hoorn qui l'a reçu *directement* de M. le Dr Libbertz, préparateur de M. Koch, a confié ce liquide au directeur de l'Institut d'hygiène d'Amsterdam. C'est M. le professeur Forster qui, très gracieusement, a bien voulu se charger de faire les solutions au centième et au cinq centième qui servent aux injections.

Le 3 décembre, dans la matinée, dans les services de chirurgie et de dermatologie de l'hôpital académique, M. le Dr Van Hoorn, assisté de M. le Dr Delprat, qui vient de rentrer de Berlin, a fait des injections chez des malades atteints de *lupus*. M. le Dr Van Horn se propose de ne se servir du liquide que dans les hôpitaux seulement.

(1) *Semaine Médicale*, 3 décembre, p. 439.
(2) *Sem. Méd. — Loc. cit.*
(3) *The Lancet*, 29 novembre.

REVUE DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE

TUBERCULOSE

I. — **La tuberculose en Belgique** ; par les Drs Edmond Destrée et Emile Gallemaerts. — Bruxelles, H. Lamertin, éditeur, 1889.
II. — **Diagnostic précose de la tuberculose pulmonaire** ; par le Dr W. Canfield (de Baltimore).
III. — **De la curabilité de la phtisie pulmonaire par l'eau à basse température** ; par le Dr E. Aberg (de Buenos-Ayres). — Buenos-Ayres, Escary, éditeur ; Paris, J.-B. Baillière.
IV. — **Phtisie et altitudes** ; par le Dr Paul Jaboby. — Paris, F. Alcan, éditeur.
V. — **Scrofule et tuberculose, identité d'origine, conséquences thérapeutiques** ; par le Dr Guyenot, (de Salins-de-Jura).
VI. — **De la scrofule** ; par le Dr Louis Amat. — Montpellier, Coulet, éditeur ; Paris, Masson, 1889.

I.—L'ouvrage de M. Destrée, couronné par l'Académie de médecine de Bruxelles, est un excellent résumé de l'étude des causes d'infection, de prédisposition, et des moyens prophylactiques de la tuberculose. La première partie de ce travail contient une étude statistique de cette maladie en Belgique. Nous y voyons que la mortalité de la tuberculose semble en décroissance à Bruxelles depuis une douzaine d'années, et surtout depuis 6 ans. Par rapport à la mortalité par les autres maladies, les décès par phtisie étaient comme 1 est à 4 environ, jusqu'à il y a 6 ans ; depuis ils comprennent environ le 1/5 de la mortalité générale. La seconde partie est consacrée à l'étude de l'infectiosité de la tuberculose, du bacille de Koch et de sa contagiosité. Les auteurs citent les différents modes par lesquels ce bacille peut entrer dans l'économie : par inoculation (piqûres anatomiques, injections hypodermiques, opérations chirurgicales, greffes, vaccination), par injection (faits de Nocard, de Bellinger, de Lamallerée), par inhalation (cohabitation). A ce propos, le travail renferme une planche très intéressante, montrant que, pour l'un et l'autre sexe, le nombre des veufs décédés de tuberculose l'emporte de beaucoup sur les célibataires. Dans la troisième partie sont relatées les causes prédisposantes à la tuberculose: hérédité, âge, sexe, pauvreté, débilitation, états diathésiques, profession. Les auteurs se rangent à l'idée de l'hérédité indirecte ; ils nous mettent sous les yeux des tableaux montrant la plus grande fréquence de la tuberculose chez l'homme, et quant à l'âge, entre 20 et 40 ans, d'après les statistiques de la ville de Bruxelles. La population aisée semble aussi et peut être plus touchée que la population pauvre ; il faut donc considérer autant comme facteur de la tuberculose l'alimentation mauvaise, indigeste, que l'alimentation insuffisante. Les métiers fournissant le plus fort contingent à la tuberculose sont ceux de garçon de café, repasseuse, ouvriers en objets de luxe, les professions intellectuelles.

Enfin, les auteurs se préoccupent à la fin de leur travail de la désinfection appliquée à la tuberculose. Celle-ci doit porter sur les crachats et tous les objets en contact habituel avec les tuberculeux. Leurs expériences leur ont montré qu'un bouillon empêche le développement du bacille de Koch s'il contient 4 p. 100 de sublimé, 4 p. 100 de sulfate de fer, 20 p. 100 de sulfate de zinc, 20 p. 100 de chorure de chaux, 20 p. 100 de térébenthine, 20 p. 100 de permanganate de potasse, 8 p. 100 de savon de potasse, 4 p. 100 d'acide phénique. De plus, la prophylaxie doit porter sur l'éloignement des tuberculeux des autres malades et sur les viandes ingérées.

II. — Le mode de diagnostic précoce, indiqué par le Dr Canfield, est la recherche du bacille de Koch. Il est certain que lorsqu'on trouve ce dernier dans les crachats on est sûr de la présence des tubercules dans les poumons ; mais quoiqu'en dise l'auteur, avant l'apparition des bacilles dans les crachats, il existe déjà des lésions. Celles-ci sont facilement diagnostiquées par l'examen des signes physiques indiqués par M. le Pr Grancher.

© ANM

III. — Le traitement du Dr Aberg consiste à pratiquer, chez les tuberculeux, des lotions froides générales avec de l'eau à 0°. Ces lotions calmeraient la toux, donneraient au malade un sommeil tranquille. Si les lotions ne suffisent pas, on utilise les affusions ou arrosages sur tout le corps avec une quantité de 8 litres d'eau à 0°. Lorsque ces affusions elles-mêmes n'ont plus un effet assez marqué, l'auteur plonge ses tuberculeux dans des bains entiers à 7°; ces bains peuvent être ou instantanés, ou durer jusqu'à 3 minutes. D'après l'auteur, l'eau froide exciterait la peau et aiderait les échanges nutritifs. Les malades en ressentiraient une amélioration constante. « Dans les cas les plus désespérés, on peut les employer sans crainte, comme un des meilleurs palliatifs, en quelque état que soit le malade, même à ses derniers moments, avec la certitude de produire toujours quelque soulagement ! » Le Dr Aberg relate 27 observations de malades soignés par ce traitement ; il a eu 6 guérisons, 9 améliorations, 10 morts et 2 états stationnaires. Les malades guéris étaient pris au début de leur tuberculose sauf 1 ; les autres ont néanmoins retiré quelque bénéfice des lotions, au point de vue de la cessation des sueurs.

IV. — Ce travail est destiné à montrer que ce n'est pas l'altitude elle-même qui agit chez les tuberculeux, et qu'elle n'empêche pas le développement de cette maladie dans les pays de montagne. Si les tuberculeux trouvent dans ces derniers une amélioration, c'est que l'air qu'ils y respirent est pur, non encore chargé de bacilles et qu'ils ne se réinoculent pas ceux-ci. Certains pays élevés sont absolument indemnes de tuberculose, parce que celle-ci n'y a pas été importée, tandis que d'autres, d'une altitude beaucoup plus grande, en sont infectés. Le vent, le climat, l'air sec n'influeraient pas sur son développement ou sa guérison.

V. — Envoyez vos scrofuleux et vos tuberculeux à la première période à Salins-de-Jura, conseille le Dr Fuyenot.

VI. — Le sujet de cette étude repose sur l'histoire, les doctrines de la scrofule, suivies de son étiologie et de sa prophylaxie dans la première enfance. L'entité morbide de la scrofule a été créée au siècle dernier, tandis que l'étude de ses lésions et surtout de ses causes, de sa nature, de sa prophylaxie a été faite depuis quelques années. Mais les derniers travaux et plus spécialement la bactériologie ont démontré que la scrofule n'était qu'une forme localisée de la tuberculose. M. Amat semble ne pas vouloir admettre ce fait bien démontré actuellement; il admet la scrofule entité morbide d'origine héréditaire, *dystrophie d'évolution*. L'hérédité joue un rôle, mais celui de la prédisposition par suite de faiblesse native, comme toutes les causes résultant du défaut d'hygiène et d'alimentation entraînent la débilitation, rendent l'individu moins apte à lutter contre l'agent pathogène de la tuberculose. En regard de ces deux grandes causes prédisposantes de la scrofulo-tuberculose, sont étudiées la prophylaxie héréditaire et la prophylaxie individuelle. Dans le premier groupe se range l'hygiène du mariage et de la grossesse ; dans le second, l'hygiène de l'enfance. Au début de la vie, le choix d'une nourrice est indiqué, si la mère est inapte, par sa faiblesse de constitution, la petite quantité de son lait, à alimenter son enfant. Dans ce chapitre, il nous semble que l'auteur confond la débilité constitutionnelle de l'enfant avec la scrofule, car il y dit qu'à cet âge « la scrofule n'existe alors qu'en tant que prédisposition ». Plus tard, après la première enfance, le traitement maritime est indiqué, puis l'hygiène, l'aération, la bonne alimentation, qui même peuvent enrayer la scrofule, lorsqu'elle est apparue. Les manifestations de celle-ci se produisent, suivant chaque âge, au niveau des organes ayant l'activité fonctionnelle la plus grande : système lymphatique, dans les premières années, des articulations au moment de la croissance ; aussi faut-il surtout porter les efforts de l'hygiène prophylactique vers ces parties menacées. Ces derniers points de la prophylaxie de la scrofule sont fort bien traités. L'ouvrage a été récompensé, en 1884, par l'Académie de médecine au concours de l'hygiène de l'enfance.

A. R.

BIBLIOTHÈQUES. — M. le Dr Guelhard, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, est nommé membre du Comité d'inspection et d'achat de livres pour la Bibliothèque de Saint-Vallier.

CHRONIQUE

La Médecine et la Littérature.

Amours de Savants ; par Maurice DE FLEURY.

En cette fin de siècle, où tout se voit, on a vu, chose inouïe, un interne distingué devenir homme de lettres, un vrai, un pur, fort coté, ne vous en déplaise, rue Drouot et sur nos boulevards.

C'est mon ami, M. de Fleury, — que des articles retentissants sur notre aristocratie médicale ont classé, sous le nom d'Horace Bianchon, en un rang fort honorable parmi nos chroniqueurs parisiens, — qui est le modeste héros de cette anodine révolution. La MÉDECINE (*la Moderne*, feuille pleine de promesses) l'en a vivement félicité en le nommant, tantôt, son chroniqueur littéraire attitré.

M. de Fleury fait aujourd'hui sa véritable entrée dans le monde littéraire avec ses *Amours de Savants*. Je veux dire ici tout le bien que je pense de ce premier volume.

Mon ancien collègue d'internat le comprendra : je ne puis, dans ce journal, parler que de médecins ; je laisse donc, avec regrets, à d'autres le soin de retrouver, en ces contes charmants, tout ce qu'il y a de nouveau, de gracieux, d'original.

Tous ceux qui ont passé par le fameux concours qui décide de notre carrière, tous les étudiants sérieux, ont déjà lu, dans la *Revue Bleue*, le *Jour de l'Internat*. C'est là, ce me semble, la préface toute trouvée du *Manuel du parfait Candidat* qu'en ce moment publie, à doses fractionnées, mon confrère du *Mercredi médical*. Quoique vous en pensiez, camarades, voilà un vrai tableau de genre, un des coins les plus vrais de votre vieux quartier. Je n'en disconviens pas : certains points auraient pu être poussés plus loin ; mais la critique est facile...

La femme-médecin ! Quel titre alléchant pour un romancier, un auteur dramatique. On a essayé sur les planches : vous vous souvenez de la *Doctoresse*. Pendant le carillon, la cloche a sonné faux. Le roman reste à faire. M. de Fleury a été sans doute un moment tenté par le même démon. Il n'a pas pu résister tout à fait ; mais il a tourné la difficulté d'une façon qui mérite d'être contée. Aussi bien a-t-il probablement lâché, à cette occasion l'introduction de son prochain volume.

N'osant encore voler de ses propres ailes en ces espaces peu sûrs et trop mal explorés, il a laissé la parole à l'une des plus originales doctoresses que je connaisse, et j'en connais ! Lisez le *Duo* et vous jugerez. C'est une simple lettre, une idylle,... médicale,... et voilà tout ! Courte, claire, précise, d'une prose si sèche que je ne suis plus étonné d'apprendre que le *Boston medical Journal*, cette feuille prolixe, ait refusé d'insérer les manuscrits de cette femme-anatomiste,... qui n'est qu'un homme. Et ce *duo* d'amour n'est qu'un duo d'histologistes, où la dame, merveilleuse soprano en son laboratoire, chante son air en un solo curieux avec un phlegme bien bostonnais (1) !

Je glisse sur la pente et me laisse prendre moi-même au style décadent où l'auteur s'est en outre essayé. Aux seuls initiés, je conseille de jeter les yeux sur ces morceaux de plus pénible lecture. Cet art spécial, que j'aime aussi à mes moments perdus, n'est pas fait pour les hommes de science. Passons.

Dans les salles de garde — ces loges de concierge desservant les chaires de la Faculté — on affirme qu'il s'agit de nouvelles *à clés*. On raconte que le Pr Antoine Bailly, de la *Rivale*, est le Pr Yer..., du Collège de France ; qu'Hortense de l'*Hortensia*, c'est Hél.... de l'Hôpital.... Que nous importe ? Qu'importent au grand public ces racontars de coulisse ? Ce ne sont pas, — heureusement, — les coulisses de notre Faculté. Mais les décors sont authentiques, si les personnages sont de pure invention. Et quand même ils seraient réels, du moins jusqu'à mi-corps !

Du réel, en voulez-vous ? Vous en trouverez.... *aux Eaux*. Etude curieuse. D'aucuns, peut-être, la trouveront légèrement incomplète. Un type semble manquer : mais il était moins intéressant pour le littérateur que les deux autres tracés

(1) Je songe, malgré moi, au couple qui, à Milwankee, étudiait sérieusement, entre deux baisers, la sélection sexuelle chez les Araignées (*Rev. scient.*, oct. 1890).

© ANM

d'une plume élégante et fine. L'auteur n'écrivait pas une monographie. L'anecdote, qui sert de trame à ce récit alerte, semble vécue. La dernière page de la *Pudeur de Marie Nantelle* contient, en quelques lignes, tout le jeune praticien de Paris, à l'œil vif, à la décision prompte. Son tact si délicat, sa connaissance approfondie de l'esprit féminin, lui permettent de sortir avec une élégance parfaite des plus dangereuses impasses. Rapprochez de tout cela *le Ménage Fafner*, que j'ai connu, que j'ai sous les yeux encore ; *le Docteur Tandillon*, ancien médecin de marine et professeur libre de gynécologie ! Type inoubliable, chez lequel j'ai dû dîner, — comme tout journaliste —, très ferré sur la fécondation artificielle !

Mais j'en ai déjà trop dit. Quelques médecins trouveront sans doute qu'il s'agit là d'observations incomplètes, dont la publication était moins urgente que celle du remède de Koch ; les critiques de profession, de nouvelles d'ordre trop clinique. Pour moi, j'ai trouvé dans ce livre une série d'amusantes historiettes, une adaptation parfaite du style au sujet traité, une souplesse littéraire à laquelle nous sommes peu accoutumés, la narration d'événements auxquels beaucoup d'entre nous auraient pu se trouver mêlés. Nos confrères liront certainement ces contes originaux avec un égal intérêt. Aussi me pardonneront-ils de les avoir défloré pour les mieux signaler à leur bienveillante attention. M. B.

VARIA

Du Rôle de la Presse dans le traitement de la tuberculose par la méthode de Koch.

Les expériences sur la méthode de traitement de la tuberculose par le liquide de Koch, ont commencé la semaine dernière à Paris. Bien entendu, il ne s'agit que d'expériences ; mais la presse politique s'est emparée avec tant d'acharnement de cette question, qu'elle jette le trouble dans toutes les familles qui lisent un journal et ont à soigner un tuberculeux.

De tous côtés, les médecins bien placés pour être informés des tentatives exécutées à l'étranger et en France, reçoivent des lettres, leur demandant s'il faut envoyer à Berlin ou à Paris, les malades dont la guérison leur tient à cœur.

Il est bien regrettable de voir la presse quotidienne bavarder à tort et à travers sur ce qui se passe dans nos hôpitaux ; mais, comme personne n'y peut rien, c'est aux médecins de la province à renseigner leurs clients, en se basant seulement sur ce que publient les journaux médicaux.

Cette hâte des journaux politiques à faire le reportage des recherches scientifiques engagent les médecins dans une mauvaise voie. Ils ont en quelque sorte la main forcée, donnent des renseignements prématurés. La science *vraie* ne se fait point par de tels procédés. La réflexion, la maturité, l'observation prolongée sont absolument indispensables. La mode actuelle est déplorable ; nous continuons à préférer l'ancienne méthode, qui, malheureusement, compte de moins en moins de partisans.

Le Choléra.

Mouvement sanitaire. — Voici quelle est la situation sanitaire en France. Pendant la semaine dernière, 55 navires sont entrés dans nos ports ; 970 voyageurs venaient d'Espagne ; 53 opérations de désinfection ont été pratiquées.

Choléra en Espagne. — Aux deux postes sanitaires de Cerbère et de Hendaye il est passé, du 19 au 25 novembre, 2,089 voyageurs arrivant d'Espagne, et l'on a opéré 372 désinfections. Le choléra semble s'éteindre en Espagne.

Choléra en Asie. — Du côté de la Syrie la situation est toujours grave. L'extension de l'épidémie cholérique vers le nord par Adana et Sivas menace la mer Noire du côté de Samsoum. Dans le midi, l'épidémie se rapproche toujours de Damas, de Beyrouth et du Liban. Le vilayet d'Adana est compromis par le port de Mersine, où l'on a constaté un décès cholérique le 16 courant. Enfin Tripoli et Latakieh sont menacés.

Il y a eu à Constantinople, le 13 novembre, sur l'ordre du sultan, une séance extraordinaire du Conseil de santé, en vue de renforcer les mesures de prophylaxie contre la marche du choléra en Syrie.

Violation des mesures sanitaires. — La 10e chambre correctionnelle vient de condamner par défaut à trois jours de prison et cinq francs d'amende chacun, Angel Pastor et six autres toréadors. Ils n'avaient pas fait, à leur arrivée d'Espagne, la déclaration prescrite par le décret concernant les mesures sanitaires contre le choléra. Pour être toréador, on n'en est pas moins homme, c'est-à-dire un parfait véhicule pour le choléra. La fréquentation des taureaux n'a pas paru à nos magistrats une précaution suffisante. Inutile d'ajouter que nous ne nous en plaindrons pas.

Mesures sanitaires dans la Méditerranée. — Par suite de l'extension du choléra en Syrie, M. le ministre de l'intérieur vient d'inviter les directeurs du service de santé du littoral de la France et de l'Algérie, à considérer comme infectées les provenances des ports compris entre Mersina et Tripoli de Syrie inclusivement, et à leur appliquer le réglement sanitaire de 1876 contre le choléra.

Laïcisation et Assistance publique.

La commission administrative du cinquième arrondissement, dans sa séance du 28 novembre, a voté la laïcisation des maisons de secours de cet arrondissement.

Policlinique de Paris.

Cours de Gynécologie opératoire.

M. le Pr Vulliet (de Genève) a ouvert, le 25 novembre, le cours qu'il doit faire de concert avec le Dr Lutaud et le Dr Olivier. Dans cette première leçon, il a d'abord exposé la méthode qui serait suivie ; l'enseignement doit se composer de leçons théoriques et d'exercices pratiques. Grâce au mannequin qu'il a inventé, sur lequel on fixe des pièces anatomiques, les élèves pourront pratiquer toutes les opérations gynécologiques qui se font par la voie vaginale dans des conditions identiques à celles où ils seraient, s'ils opéraient sur le vivant. Entrant ensuite en matière, il a décrit les différents modes de sutures. Le nombre des élèves étant limité à 16 et les demandes d'inscription ayant été beaucoup plus nombreuses, un nouveau cours sera fait au mois de février. Nous sommes heureux du succès obtenu par ce cours de gynécologie qui essaye de combler une des nombreuses lacunes de l'enseignement officiel.

Congrès français de Chirurgie (1891).

Le Congrès se réunira à Paris, à la Faculté de médecine, sous la présidence de M. le Pr Guyon, du lundi 30 mars au samedi 4 avril inclusivement. Les communications devront être adressées à M. le Dr S. Pozzi, secrétaire général, chez M. Alcan, éditeur du Congrès, 108, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le Comité du *Congrès français de chirurgie* a mis à l'ordre du jour de la 5e session, les questions suivantes :

1° *Intervention chirurgicale dans les affections des centres nerveux* (la trépanation primitive du crâne exceptée). — 2° *Résultats éloignés de l'ablation des annexes de l'utérus dans les affections non néoplasiques de ces organes.* — 3° *Des diverses espèces de suppurations examinées au point de vue bactériologique et clinique.*

La séance d'inauguration aura lieu le lundi 30 mars, à 2 heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté.

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 8. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Ch. Richet, Reynier, Retterer. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Tillaux, Terrillon, Ribemont-Dessaignes. — (2e partie) : MM. Potain, A. Robin, Chauffard. — 4e *de Doctorat* : MM. Hayem, Straus, Marie.

Mardi 9. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Quenu, Gley. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Guyon, Le Dentu, Bar. — (2e partie) : MM. Bouchard, Dieulafoy, Quinquaud. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Le Fort, Tarnier, Humbert. — (2e partie) : MM. Cornil, Debove, Ballet.

Mercredi 10. — Médecine opératoire : MM. Tillaux, Kirmisson, Poirier. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Hayem, Ch. Richet, Déjerine. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Pinard, Terrillon, Ségond.

Jeudi 11. — Médecine opératoire : MM. Le Dentu, Humbert, Poirier. — 2e définitif (Officier de santé) : MM. Laboulbène, Campenon, Hanot. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Debove, Legroux, Gilbert. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Dieulafoy, Chantemesse.

Vendredi 12. — 1er *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Baillon, Gariel, Fauconnier. — (2e *Série*) : MM. Gauthier, Villejean, Weiss. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Ch. Richet, Reynier, Ricard. — 5e *de Doctorat* (2e partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Potain, Brissaud, Chauffard. — (2e *Série*) : MM. Grancher, Robin, Marie.

Samedi 13. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Tarnier, Schwartz, Nélaton. — 4e *de Doctorat* : MM. Peter, Debove, Gilbert. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) (1re *Série*) : MM. Panas, Brun, Bar. — (2e *Série*) : MM. Duplay, Humbert, Maygrier. — (2e partie) : MM. Cornil, Legroux, Chantemesse.

© ANM

Thèses de la Faculté de Médecine.

JEUDI 11. — M. Arbel. Contribution à l'étude de la galactophorite. — M. Glorie. De la restauration des apophyses géni. — M. Neveu. Contribution à l'étude des tumeurs malignes secondaires de l'ombilic.

VENDREDI, 12. — M. Roux. Etude clinique et thérapeutique. Leur emploi dans le traitement de la lèpre. — M. Calot. De la cholécystectomie.

FORMULES

XII.—Traitement des coliques hépatiques et de l'indigestion par l'extrait fluide de Dioscorea villosa.

(Thomas M. Woodson.)

XII. — A. — *Coliques hépatiques.*

Sous-nitrate de bismuth.	10	gr.
Extrait fluide de *Dioscorea villosa*		
Teinture d'opium camphrée	âà 15	—
Teinture de gingembre q. s. p. f. .	90	—

M. D. S. — A donner pendant les accès, toutes les heures, une cuillerée à café jusqu'à effet produit.

Dans les intervalles des accès, pour les prévenir, ordonner :

Perchlorure de fer.	10	gr.
Sous-nitrate de bismuth	10	—
Extrait fluide de *Dioscorea villosa*. . .	12	—
Solution de pepsine . . . . . q. s. f. p.	90	—

M. D. S. — A prendre, après les repas, une cuillerée à café, trois par jour.

B. — *Indigestion* (avec coliques, constipation, etc.)

Extrait fluide de *Dioscorea villosa*. . .	30	gr.
Extrait fluide de *Cascara sagrada*. . .	15	—
Teinture de noix vomique	7	—
Extrait fluide de pissenlit, q. s. p. f.. .	120	—

M. D. S. — A donner, trois à quatre fois par jour, par cuillerée à café.

On pourrait employer le *Dioscorea villosa* dans beaucoup d'autres troubles digestifs. (*Ther. Gaz.*, Août 1890, p. 576).

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 23 nov. 1890 au samedi 29 nov. 1890, les naissances ont été au nombre de 1163 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 409 ; illégitimes, 156, Total, 565. — *Sexe féminin :* légitimes, 424 ; illégitimes, 174, Total, 598.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 23 nov. 1890 au samedi 29 nov. 1890, les décès ont été au nombre de 904 savoir : 475 hommes et 429 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 6, F. 7, T. 13. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 6, F. 10, T. 16. — Scarlatine : M. 1, F. 1, T. 2. — Coqueluche : M. 3, F. 2, T. 5. — Diphtérie, Croup : M. 22, F. 11, T. 33. — Choléra : M. 00, F. 00, T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 114, F. 76, T. 190. — Autres tuberculoses : M. 15, F. 11, T. 26. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 5, T. 6. — Tumeurs malignes : M. 18, F. 19, T. 37. — Méningite simple : M. 16, F. 15, T. 31. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 24, F. 19, T. 43. — Paralysie : M. 3, F. 6, T. 9. — Ramollissement cérébral : M. 1, F. 3, T. 4. — Maladies organiques du cœur : M. 18, F. 41, T. 59. — Bronchite aiguë : M. 23, F. 13, T. 36. — Bronchite chronique : M. 13, F. 17, T. 30. — Broncho-Pneumonie : M. 10, F. 9, T. 19 — Pneumonie : M. 15, F. 25, T. 40. — Gastro-entérite, biberon, M. 23, F. 21, T. 44. — Gastro-entérite, sein : M. 3, F. 5, T. 8. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 1, T. 1. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 4, T. 4. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale : M. 10, F. 11, T. 21. — Sénilité : M. 13, F. 24, T. 37. — Suicides : M. 15, F. 1, T. 16. — Autres morts violentes : M. 13, F. 3, T. 16. — Autres causes de mort : M. 81, F. 65, T. 146. — Causes restées inconnues : M. 8, F. 3, T. 11.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 98, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 32, illégitimes, 18. Total : 50. — *Sexe féminin* : légitimes, 35, illégitimes, 13. Total : 48.

FACULTÉ DES SCIENCES DE CAEN. — Un congé, sans traitement, pendant l'année scolaire 1890-1891, est accordé, sur sa demande, à M. Le Sénéchal, préparateur de zoologie à la Faculté des sciences de Caen. — M. CHEVREL, docteur ès sciences, est chargé, pendant l'année scolaire 1890-1891, des fonctions de préparateur de zoologie et de chef des travaux de laboratoire de zoologie maritime de Luc-sur-Mer à la Faculté des sciences de Caen.

FACULTÉ DES SCIENCES DE LYON. — M. VIGNON (Léo), docteur ès sciences, maître de conférences, chargé de la sous-direction du laboratoire d'enseignement de la chimie industrielle à la Faculté des sciences de Lyon, est nommé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1890-1891, maître de conférences de chimie industrielle à ladite Faculté, en remplacement de M. Roux, appelé à d'autres fonctions.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le personnel des *travaux pratiques d'histoire naturelle* de la Faculté de médecine de Paris, pour l'année scolaire 1890-1891, est composé comme suit : MM. Faguet, chef des travaux ; Artaud, préparateur ; Meurisse, préparateur ; Gastinel, préparateur. — Le personnel auxiliaire de la Faculté de médecine de Paris (Laboratoires de recherches et d'enseignement. Laboratoires de cliniques. Préparateurs de cours et conférences) est composé ainsi qu'il suit, pour l'année scolaire 1890-1891 : I. *Laboratoires de recherches et d'enseignement.* Laboratoire d'anatomie pathologique : MM. Chantemesse, agrégé, chef; Toupet, préparat^r. Laboratoire de botanique : M. Heim, préparateur (délég. dans les fonctions). Laboratoire de physiologie : MM. Langlois, chef; Héricourt, chef adj. Laboratoire de thérapeutique et matière médicale : MM. Gilbert, agrégé, chef; Winter, préparateur. Laboratoire de pathologie et thérapeutique générales : MM. Charrin, chef ; Roger, préparateur. Laboratoire de médecine légale : MM. Descoust, chef des travaux ; Ogier, chef du laboratoire de chimie ; Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique. Laboratoire d'histologie : M. Retterer, préparateur. Laboratoire de chimie : MM. Fauconnier, agrégé, chef des travaux de chimie biologique ; Glaise, préparateur adjoint. Laboratoire de pathologie expérimentale et comparée : MM. Wurtz, chef; Sanchez Toledo, moniteur ; Mosny, moniteur. Laboratoire d'hygiène : MM. Netter, chef ; Martin, préparateur. Laboratoire de pharmacologie : MM. Willejean, agrégé, chef ; Héret, préparateur. — II. *Laboratoires de cliniques* : Laboratoire de clinique médicale (Charité) : MM. Vaquez, chef des travaux de physiologie pathologique ; Drouin, chef des travaux chimiques ; Suchard, chef des travaux d'anatomie pathologique. Laboratoire de clinique chirurgicale (Charité) : MM. Cazin, chef (en remplacement de M. Latteux, dont le temps d'exercice est expiré) ; Dubar, aide. Laboratoire des cliniques (Hôtel-Dieu) : MM. Gley, chef ; Cherbuliez, chef adjoint (en remplacement de M. Hardy, décédé), Lapicque, aide ; Beretta, aide. Laboratoire de clinique chirurgicale (Pitié) : M. Caussade, chef. Laboratoire de clinique médicale (Necker) : M. Carron de la Carrière, chef des travaux cliniques. Laboratoire de clinique chirurgicale (Necker) : M. Fabre-Doumergue, docteur ès-sciences, chef (en remplacement de M. de Gennes, démissionnaire). Laboratoire de clinique des maladies du système nerveux : MM. Richer, chef ; Blocq, préparateur. Laboratoire de clinique d'accouchements (clinique de la Faculté) : MM. Galippe, chef ; Vignal, aide. Laboratoire de clinique des maladies mentales : MM. Klippel, chef; Lefèvre, aide. Laboratoire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques : MM. Darier, chef (délég. dans les fonctions); Cathelineau, chef adj. Laboratoire de clinique ophtalmologique : M. Rochon-Duvigneaud, chef-adjoint (chargé des fonctions). Laboratoire de clinique des maladies des enfants : MM. Ledoux-Lebard, chef ; Chautard, préparateur de chimie ; Auclair, moniteur ; Veillon, moniteur. Laboratoire de clinique d'accouchements (Baudelocque) : M. Lepage, chef. — III. *Préparateurs de cours et conférences* : MM. Pignot, histoire de la médecine ; Crouzat, cours d'accouchements ; Crouzat, conférences d'obstétrique ; Coudray, pathologie externe (chargé des fonctions) ; Poulalion, pathologie interne (en remplacement de M. Martha, démissionnaire) ; Remond, pathologie interne (emploi nouveau) ; Mustat, botanique ; Martin, hygiène (chargé de fonctions) ; Bordas, médecine légale (en remplacement de M. Loye, décédé) ; Broca, physique ; Hallopeau, chimie. Cet arrêté a eu son effet à dater du 1^er^ novembre 1890.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Bibliothèque de la Faculté.* — Au dernier Conseil académique de Paris, mardi dernier, M. Brouardel a accusé encore une situation grave et qui va tous les jours s'aggravant, par l'effet de l'insuffisance des crédits et des constructions nouvelles, d'un aménagement et d'une utilisation si dispendieuse et presque impossible. Ce que M. Brouardel a dit en particulier de la *Bibliothèque*, la plus riche du monde en *vieux* ouvrages (!) et de la manière dont elle est conservée, a ému le Conseil et mériterait bien d'émouvoir le Parlement. Le recteur a promis d'en entretenir le ministre. Notre doyen, pour la façon dont

© ANM

il défend ainsi les intérêts des étudiants, mérite les plus grands éloges. Malheureusement c'est la lutte du pot de terre contre le pot de fer. Notre pot, qui est de terre, est brisé; en ces temps le fer triomphe, malgré toutes les attaques.

Incendie. — Un commencement d'incendie s'est déclaré, jeudi soir, dans les sous-sols de l'Ecole de médecine. Les pompes arrivèrent en toute hâte, mais on n'eut pas besoin de s'en servir ; le feu avait été éteint par des gens du personnel de l'Ecole. Il résulte de l'enquête que le feu a pris dans des débris de bois et de cordages laissés dans les sous-sols par les ouvriers qui y travaillent.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX. — M. CONTIL est maintenu, pendant l'année scolaire 1890-1891, dans les fonctions de préparateur du laboratoire d'histologie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux. — M. DUCUNG (Paul-Marc-Marie-Joseph), bachelier ès lettres, est délégué, pendant l'année scolaire 1890-1891, dans les fonctions de préparateur du cours de chimie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, en remplacement de M. Manseau, démissionnaire. — M. BARRET DE NAZARIS est délégué, pendant l'année scolaire 1890-1891, dans les fonctions de préparateur du laboratoire d'anatomie pathologique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON. — M. CURTILLET (Joseph-Jean-Claude), aide d'anatomie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, est nommé, pour une période de trois mois, prosecteur à ladite Faculté (emploi nouveau).

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE PARIS. — M. GÉRARD (Ernest), pharmacien de 1re classe, est chargé des fonctions de préparateur des travaux pratiques de chimie (2e année), à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, en remplacement de M. Finet, démissionnaire.

ECOLE DES SCIENCES D'ALGER. — Un congé de trois mois, à partir du 1er décembre 1890, est accordé, sur sa demande, à M. Giudicelli, délégué dans les fonctions de préparateur de botanique à l'Ecole des sciences d'Alger.

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 : Préparateur du cours de physique, d'histoire naturelle et de matière médicale, M. BOUTHELIER (Louis-Etienne), en remplacement de M. Lahay, dont le temps d'exercice est expiré. Prosecteur : M. PICOT (Constant-Henri-Joseph), en remplacement de M. Brianceau, dont le temps d'exercice est expiré. Aide d'anatomie : M. LABBÉ (Ernest-Marcel), en remplacement de M. Voyé, dont le temps est expiré.

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'Externat.* — Voici les dernières questions d'anatomie qui ont été posées : *Artère axillaire ; Rapports des reins ; Os maxillaire inférieur.* La seconde épreuve (pathologie) a commencé jeudi dernier.

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — Une association amicale entre médecins de réserve des armées de terre et de mer et de l'armée territoriale vient de se constituer à Paris. Elle a pour but principal de créer des relations entre les membres du corps de santé et de tenir ses membres au courant des modifications de service. Des conférences doivent être organisées dans ce but au Cercle militaire. L'association comprend comme membres titulaires les médecins de réserve et territoriaux domiciliés dans le gouvernement militaire de Paris, et comme membres correspondants ceux qui habitent en dehors de cette zone. La cotisation annuelle est de cinq francs ; les séances ont lieu six fois par an au Cercle militaire ; il y aura un bulletin périodique. Le bureau nommé dans la première séance, qui a eu lundi dernier 17 novembre, est ainsi constitué. Président, M. le Dr KUHFF ; vice-président, M. le Dr PICQUÉ ; secrétaire général, M. le Dr GORECKI ; secrétaire des séances, M. le Dr LEDÉ ; trésorier, M. le Dr LELONGT. Ceux des médecins de réserve ou de l'armée territoriale qui désireraient faire partie de cette association amicale sont priés de s'adresser, pour obtenir communication des statuts et règlement, soit au président, M. KUHFF, *rue de Rivoli*, 69 ; soit au secrétaire général, M. GORECKI, *boulevard Haussmann*, 86.

ASSOCIATION DES DAMES FRANÇAISES. — L'Association des Dames françaises a repris le cours de ses travaux. Les cours pour les dames ambulancières et les gardes-malades ont commencé hier et se continueront les mardis et les vendredis, à quatre heures et à huit heures, boulevard des Capucines, 24. Le vendredi 5 décembre, une conférence a été faite, à quatre heures, par M. Lemire, résident de France en Annam.

COMITÉ D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE. — M. le Dr Proust a communiqué à la dernière séance du comité une note qui lui a été adressée de Berlin par M. le Dr Netter, médecin des hôpitaux de Paris, professeur agrégé à la Faculté et chef du laboratoire d'hygiène, sur le traitement de la tuberculose par la méthode de Koch. M. le Dr Gabriel Pouchet a lu un rapport sur une *épidémie de fièvre typhoïde dans la commune de Louville-la-Chenard* (Eure-et-Loir). M. le Dr A.-J. Martin a donné lecture d'un rapport sur la *vente au détail du vert de Scheele* (arsenite de cuivre) par les marchands de couleur pour la destruction des insectes. Conformément aux conclusions de ce rapport, le comité consultatif émet le vœu que l'ordonnance qui interdit cette vente soit partout exactement appliquée.

CONCOURS D'ADMISSIBILITÉ AUX EMPLOIS DE MÉDECINS-ADJOINTS DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS (*Région de Paris*). — Épreuve clinique. Séances des vendredis et samedis 28 et 29 nov. Points des candidats : M. Blin, 27 ; — M. Marie, 27 ; — M. Colin, 26 ; — M. Thivet, 18. — Ce concours s'est terminé par l'admissibilité de quatre candidats qui ont été classés dans l'ordre suivant : 1er M. Blin, avec 77 points ; — 2e M. Marie, avec 76 points ; — 3e M. Colin, avec 75 points ; — 4e M. Thivet, avec 62 points.

EPIDÉMIES. — *La fièvre typhoïde dans la garnison d'Auxonne.* — Des permissions de quatre jours viennent d'être accordées à tous les militaires du 10e de ligne en garnison dans cette ville, afin de permettre la désinfection du casernement, et l'autorité vient de renvoyer dans leurs foyers les hommes accomplissant à ce régiment une période d'instruction. Ces mesures sont la conséquence de l'invasion d'une *épidémie de fièvre typhoïde grave.* Des militaires, partis malades dans leurs foyers, y sont morts, apportant chez eux le germe du fléau. On attribue cette épidémie à la *mauvaise qualité de l'eau* et à un manque de soin dans l'entretien du matériel et du couchage. Le casernement du 16e chasseurs à cheval a été visité par l'épidémie après celui de l'infanterie. Pour ces cavaliers, qu'il est impossible de renvoyer dans leurs foyers, on a eu recours au campement de la troupe.

LA FIÈVRE TYPHOÏDE A NEVERS. — Une épidémie de fièvre typhoïde règne actuellement dans certains quartiers de la ville de Nevers et surtout dans le quartier avoisinant la caserne du 13e régiment de ligne.

FOYERS INDUSTRIELS DE FUMÉE. — *Leurs dangers.* — Au cours du mois de juin dernier, le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine avait émis le vœu que les stations d'électricité et les usines de force motrice, pouvant développer une force de 100 chevaux-vapeur, fussent rangées dans la 3e classe des établissements dangereux, insalubres ou incommodes. Cette proposition avait été transmise par le préfet de police, avec avis favorable, au ministre du commerce, qui n'a pas cru devoir y donner suite. Dans la séance tenue cette semaine par le conseil d'hygiène, M. le Secrétaire général de la Préfecture de police a soulevé de nouveau cette affaire au conseil, en traitant la question des foyers industriels de fumée. Il a fait observer au conseil, que le décret du 30 avril 1880, en abrogeant la législation antérieure sur les appareils à vapeur, avait enlevé à l'administration le droit de prescrire les mesures que la situation comporte. Il y aurait donc lieu pour le conseil d'étudier les dangers de la fumée au point de vue de l'hygiène et de préparer un projet de réglementation qui serait ultérieurement soumis au ministre compétent. Sur la proposition de son président, le conseil a nommé, pour l'étude de cette double question, une commission qui est composée de MM. Léon Colin, président du conseil de santé des armées ; A. Gauthier, professeur de chimie à la Faculté de médecine ; Léon Faucher, ingénieur des poudres et salpêtres ; Linder, inspecteur général des mines, et Michel Lévy, ingénieur.

HYGIÈNE DES LYCÉES. — *Eau potable.* — M. le Ministre de l'instruction publique vient d'adresser aux recteurs une circulaire dans laquelle il appelle leur attention sur les dangers que peut présenter, au point de vue hygiénique, la qualité plus ou moins pure de l'eau mise comme boisson à la disposition des élèves des lycées et collèges de garçons et de jeunes filles, soit dans les réfectoires, soit dans les cours de récréation. Le ministre demande aux recteurs de lui adresser pour chacun des établissements d'enseignement secondaire de leur académie un rapport faisant connaître la provenance, la composition chimique, le mode de canalisation de l'eau dont les élèves peuvent faire usage et, s'il y a lieu, le système de filtre adopté dans chaque établissement.

MÉDECINE LÉGALE. — *Conservation des cadavres.* — Il y a six à sept ans, deux femmes furent assassinées à Lyon, la première pendant son sommeil, la seconde en se débattant contre son meurtrier qui ne fut jamais découvert. En prévision des confrontations qui pouvaient survenir, M. Ferrand, expert-chimiste, eut l'idée d'injecter dans ces corps *des solutions antiseptiques.*

© ANM

M. Ferrand, qui se livre à des recherches sur la récupération du sol des cimetières, a fait exhumer récemment ces deux cadavres. Le corps de M..... R..... était étonnamment conservé ; la figure avait gardé la même expression des traits qui avait été remarquée lors de la découverte du crime. Les injections faites par M. Ferrand avaient presque entièrement préservé les cadavres de toute décomposition.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE. — *Programme de la séance du 11 décembre, à l'Hôpital Saint-Louis.* — M. Djelal Mouktar : *Lichen plan unilatéral gauche suivant le trajet des nerfs.* — M. Thibierge: *Le traitement du lupus à Berlin suivant la méthode de Koch.* — Commission des médecins de l'hôpital Saint-Louis : *Présentation des cas de tuberculose en traitement par la méthode de Koch.* — M. Budin : *Atrophie musculaire hémorragique.* — M. Gaucher : *Vaccine généralisée suivie de mort.* — MM. Barthélemy et de Saint-Germain : *Variété de folliculites disséminées.* — M. Humbert: *Etiologie du pseudo-chancre induré des anciens syphilitiques.* — M. Ehlers: *Chancre induré non suivi d'accidents secondaires.* — M. Fallen: *Erythème scarlatiniforme généralisé consécutif à l'administration de pilules de belladone et d'opium.*

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE (Séances des Comités pendant le mois de décembre 1890).— *Lundi* 8 : COMITÉ N° 2 (*Hygiène urbaine et rurale*). *Lundi* 15 : COMITÉ N° 3 (*Hygiène industrielle et professionnelle*). *Lundi* 22 : COMITÉ N° 6 (*Hygiène internationale et hygiène administrative*). La réunion des Comités aura lieu à 5 heures, 28, rue Serpente. — Le 6e Comité se réunira chez M. le Dr PROUST, 9, boulevard Malesherbes. — Le 1er COMITÉ (*Hygiène de l'Enfance*) ne se réunira que sur convocation spéciale à une date qui sera ultérieurement fixée. Il en sera de même du 5e COMITÉ (*Hygiène alimentaire*) et du 7e COMITÉ (*Démographie*).

KOCH ET SES NOUVELLES DÉCOUVERTES. — Il paraît que la *Deut. med. Woch.*, qui a paru hier à Berlin, contient un article provenant de l'Institut d'hygiène du Dr Koch et ayant trait à la genèse de l'immunité chez les animaux contre la *diphtérie* et le *tétanos*. Il ressortirait de cette communication que l'on a réussi pour ces deux maladies infectieuses à guérir les animaux contaminés et à conférer aux animaux sains, par un traitement préalable, l'immunité complète. Toutes les expériences faites dans cet ordre d'idées sur différents animaux auraient donné des résultats également favorables ! Nous donnons ces renseignements sous toutes réserves, n'ayant pas encore reçu le journal allemand.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Ludovic GOGUILLOT, professeur à l'Institution nationale des Sourds-Muets, directeur et fondateur de la *Revue internationale de l'enseignement des Sourds-Muets*, décédé dans le courant du mois, à l'âge de 31 ans. Entré en 1879 à l'Institution nationale de la rue Saint-Jacques, comme maître répétiteur, il fut nommé professeur en 1884, après avoir passé une thèse brillante d'agrégation intitulée : *De la période préparatoire à l'enseignement de la parole aux sourds-muets*. Au Congrès de Bruxelles, en 1883, aux deux Congrès de Paris, en 1884 et 1885, il se distingua par d'intéressantes communications. En 1885, il fondait la *Revue internationale de l'enseignement des Sourds-Muets*, où il a publié jusqu'en ces derniers temps des articles très appréciés. Enfin, l'année dernière son livre : *Comment on fait parler les Sourds-Muets*, obtenait un légitime succès. L'institution des sourds et muets perd en L. Goguillot, un professeur intelligent et dévoué auquel un avenir brillant semblait être réservé. (A. R.). — M. le Dr N. CARBO, professeur à l'Université de Barcelone. — M. le Dr PALLEN, professeur de génécologie à l'Université de New-York. — M. le Dr Mac GILL, professeur de chirurgie à l'Ecole de médecine de Leeds. — M. le Dr CHAVANE (de Mirecourt). — L'Université de Leipzig vient de perdre un de ses membres les plus distingués, dans la personne de M. le Pr COCCIUS, un des ophtalmologistes les plus connus de l'Allemagne. M. Coccius était né en 1825 ; il avait fait ses études à Leipzig et à Prague, et avait été attaché de bonne heure à la Faculté de médecine de Leipzig comme privat docent, puis comme professeur titulaire. On lui doit, entre autres découvertes, la méthode qui consiste à examiner l'arrière-fond de l'œil avec de la lumière polarisée. — M. le Dr Charles MATHIEU, vice-président du cercle de médecine publique de la Flandre occidentale, décédé à Rumbecke (Roulers), à 63 ans. — M. le Dr COPPINGER (de Bordeaux).

ON DÉSIRERAIT acheter les *Annales de Dermatologie* de 1880 à 1887. S'adresser, pour les conditions, aux bureaux du journal.

Dyspepsie. — VIN DE CHASSAING. — *Pepsine.* — *Diastase*

Phthisie, Bronchites chroniques. — EMULSION MARCHAIS.

Dyspepsie. Anorexie. — Ces états pathologiques si fréquents et qui compromettent si gravement la nutrition, sont rapidement modifiés par l'Elixir et pilules GREZ Chlorhydro-pepsiques (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.

Albuminate de fer soluble (LIQUEUR DE LAPRADE) le plus assimilable des ferrugineux (Pr Gubler). Une cuillerée à chaque repas. Chlorose et troubles de la menstruation, c'est le fer gynécologique par excellence.

Phthisie. VIN DE BAYARD à la peptone phosphatée, le plus puissant reconstituant de la thérapeutique. Une à deux cuillerées par repas.

Précieuse. Source de **VALS**, très efficace contre les affections du **Foie** et de la **Vessie**. (Calculs, Gravelle, Diabète, Goutte, etc.) *Prescrite par les Médecins des Hôpitaux de Paris.*

AVIS A NOS ABONNÉS.—*L'échéance du 31 DÉCEMBRE étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement a cessé 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 à partir du **25 janvier**, *augmentée de* UN FRANC *pour frais de recouvrement. Nous les engageons donc à nous envoyer de suite 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. — Enfin, nous invitons ceux d'entre eux qui auraient égaré des numéros de 1890 à nous les réclamer **avant le vingt janvier.**

Avis à nos lecteurs.

Nous rappelons à nos lecteurs, à nos abonnés et à nos collaborateurs que tout ce qui concerne la rédaction (livres, journaux, manuscrits, communications, etc.) *doit être adressé au Rédacteur en chef, et tout ce qui concerne l'Administration* (abonnements, librairie, annonces, changements d'adresse, mandats) *à M. Hippolyte Durand.*

PUBLICATIONS DU *PROGRÈS MÉDICAL*.

Vient de paraître :

ŒUVRES COMPLÈTES DE J.-M. CHARCOT

Hémorrhagie cérébrale, Hypnotisme, Somnambulisme, etc., etc. Un beau volume in-oct. de 571 pages avec 13 planches en phototypie et chromolithographie (tome IX des Œuvres complètes). Prix : 15 francs. — Pour nos abonnés, prix : 10 francs.

L'impôt sur les spécialités pharmaceutiques et les Eaux minérales, par BOURNEVILLE. Une brochure in-8° carré, prix : 75 cent. — Pour nos abonnés, prix : 50 cent.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

© ANM

18e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XII. N° 50. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 13 DÉCEMBRE 1890.

Le Progrès Médical

OPHTALMOLOGIE

De la névrite rétrobulbaire consécutive à l'influenza ;

par le Dr EPERON, médecin-oculiste à Lausanne (Suisse).

Cette mémorable épidémie a fait tant parler d'elle qu'on a fini par être lassé de tout ce bruit et bien aise quand il a cessé. Aussi pourra-t-il paraître ennuyeux à bien des lecteurs du *Progrès* que l'on revienne encore sur ce chapitre. Mon excuse sera dans le fait que la complication que je signale a été l'une des plus tardives à se manifester, et, j'ajouterai, l'une des plus graves. C'est une véritable flèche de Parthe lancée à quelques malades et à leur médecin par cette maladie infectieuse.

Je ne fatiguerai pas mes lecteurs par une énumération nouvelle et détaillée des complications oculaires qui ont accompagné l'influenza. Presque toutes les maladies comprises dans les cadres de la pathologie oculaire, et observées durant l'épidémie, ont été attribuées à cette dernière, quelquefois à tort, mais aussi à juste titre, pensé-je, dans la grande majorité des cas. Qu'il me suffise de rappeler la *blépharite phlegmoneuse* (Landolt), — les diverses formes de *conjonctivite*, observées par tous les médecins, — *l'épisclérite* (Wicherkiewicz), — l'*herpès cornéen*, ou sa forme plus compliquée, la *kératite dentritique* (Valude, Hirschberger, Sattler, Adler, Eversbusch, Bayer, Rosenzweig), — la *kératite ulcéreuse simple* ou *suppurative* (Galezowski, Adler), — la *ténonite* (Fuchs), — l'*iritis simple* (Adler) ou *purulente* (Hosch), l'*hyalite simple* (Eversbusch) ou *suppurée* (Hosch), — le *glaucome aigu* (Adler, Eversbusch, Eperon), — la *choroïdite suppurée* (Eversbusch), — la *paralysie de l'accommodation* (Bergmeister, Wicherkiewicz, Gorecki), — *du droit externe* (Valude), — la *migraine ophtalmique* (Parent, Vignes, Galezowski), — enfin des *névralgies*, signalées par presque tous les auteurs, portant sur les divers rameaux de la 5e paire qui se distribuent à la région de l'œil. Ces névralgies étaient sans doute attribuables à quelque lésion infectieuse de ces rameaux nerveux, qui n'a peut-être pas été pour rien dans la production de ces nombreuses maladies, en affaiblissant la résistance des tissus oculaires.

L'immense majorité des cas mentionnés plus haut étaient plutôt de nature bénigne et se sont terminés par la guérison. Si l'on excepte le cas de ténonite suppurée, observé par Sattler, et qui a fini par la phtisie de l'œil, ainsi que les cas d'hyalite suppurée (Hosch) et de choroïdite suppurée (Eversbusch), qui ont eu sans doute la même issue, ils étaient tous accessibles à un traitement prompt et efficace, d'autant plus qu'ils étaient d'un diagnostic facile.

Il n'en est pas de même d'une affection beaucoup plus insidieuse dans sa marche et beaucoup plus grave dans ses conséquences, la *névrite rétrobulbaire*, ou inflammation du nerf optique en arrière du globe de l'œil, dans la partie du trajet de ce nerf comprise entre le trou optique et la papille. Je crois d'autant plus nécessaire d'attirer l'attention sur ce sujet que je ne l'ai vu nulle part traité par un auteur français.

D'après les rares données bibliographiques que j'ai pu rassembler, cette affection ne paraît pas avoir été fréquente, Je crois toutefois que ce n'est là qu'une apparence, la maladie ne s'étant souvent annoncée au patient que plusieurs semaines après son début, par une diminution plus ou moins accentuée de la vision, et n'ayant été diagnostiquée qu'à ce moment-là par l'oculiste, alors qu'elle s'était déjà transformée en une atrophie plus ou moins complète des nerfs optiques. Pour ma part, dans une clientèle d'étendue moyenne, j'ai eu la malechance de tomber sur six de ces cas, dont cinq aussi sûrement attribuables à l'influenza que les maladies plus haut mentionnées. Il ne me paraît pas possible que la plupart de mes confrères spécialistes n'aient pas vu également un certain nombre de cas de ce genre, dans une période plus ou moins tardive après l'épidémie.

J'ai dit que je n'avais vu nulle part ce sujet traité par un auteur français. Je ne puis, en effet, ranger sous mon titre les cas d'« amblyopie » et de « dyschromatopsie » relatés par M. Gorecki (1), ces termes n'étant pas suffisamment précisés par d'autres renseignements de l'auteur. Un autre cas, observé par M. Sedan (2), de cécité survenue subitement chez un jeune garçon de 7 ans et demi, au début de l'influenza, et guérie 24 heures plus tard avec la même soudaineté, me paraît devoir être mis sur le compte d'une migraine ophtalmique particulièrement intense, bien qu'une névrite rétrobulbaire très aiguë puisse aussi produire une cécité complète et très rapide.

Le premier qui ait attiré l'attention sur ce sujet est M. Bergmeister (3), qui, en février de cette année, entretint la *Société viennoise de médecine* de deux malades observés par lui, atteints d'une forte amblyopie, l'un aux deux yeux, l'autre d'un côté seulement, et cela à la suite de l'influenza. Dans ce travail déjà, et malgré le petit nombre d'observations, nous trouvons presque tous les traits caractéristiques de la névrite rétrobulbaire par maladie infectieuse : début par des douleurs céphaliques, diminution progressive, plus ou moins rapide, de l'acuité visuelle, tantôt avec scotome central et intégrité du champ visuel périphérique, tantôt, au contraire, avec rétrécissement de ce dernier, lésions ophtalmoscopiques au début nulles, ou consistant seulement en une légère papillite, lorsque l'extrémité oculaire du nerf optique est atteinte par l'inflammation ; plus tard, atrophie simple ou névritique de la papille. Partant de ces faits, M. Bergmeister diagnostiquait avec raison une névrite rétrobulbaire aiguë, de nature infectieuse, semblable à celle que l'on observe dans le cours ou la convalescence d'autres maladies zymotiques, comme la fièvre typhoïde, la diphtérie, les fièvres éruptives, etc.

Ces deux observations de M. Bergmeister (3) furent

(1) Gorecki. — *Rec. d'Opht.*, 1890, n° 1, p. 46.
(2) Sedan. — *Ibid.*, n° 3, p. 137.
(3) Bergmeister. — *Wien. klin. Wochenschr.*, 1890, n° 11.

© ANM

suivies de deux autres analogues de M. Landsberg (1) et d'une troisième de M. Remak (2). Je relèverai plus loin les quelques particularités que présentent ces trois observations, en parlant du pronostic et du traitement.

Pour mon compte, j'ai eu, comme je l'ai dit, la mauvaise chance d'être appelé à traiter six cas de ce genre à une période plus ou moins avancée, et en général trop tard, alors que l'atrophie des nerfs optiques s'était déjà produite avec ses conséquences irrémédiables. Voici, succinctement relatées, ces six observations.

Obs. I. — M. B.....d, âgé de 36 ans, fort bien portant d'ailleurs, vient me consulter le 16 avril 1890. Son œil gauche est presque aveugle (V = 1/1,000, champ visuel considérablement rétréci dans toutes les directions); l'œil droit a encore une vision de 1/15 (3) à peine. Le champ visuel de cet œil est légèrement rétréci, mais présente surtout un scotome central assez étendu, dans le domaine duquel le rouge n'est pas re-

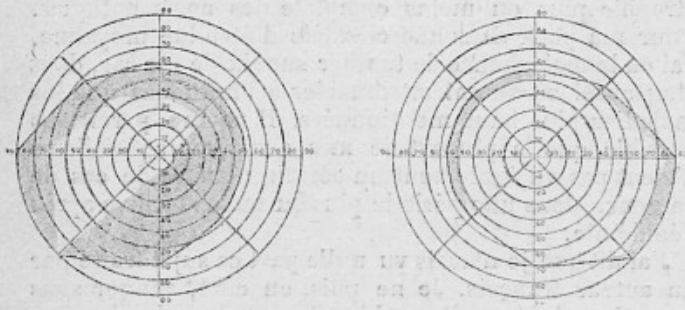


Fig. 50. — Champ visuel. Légende. — *O. gauche* ; V = 1/1,000. — *O. droit* : V = 3/30. — Chromatopsie centrale : Bleu : 2/50 ; — Jaune : 1/50 ; — Vert = 0 ; — Rouge = 0. — C = 0.

connu. Achromatopsie complète pour le vert. On pourrait diagnostiquer ici, à première vue, une amblyopie toxique, d'autant plus que le malade avoue quelques excès antérieurs de tabac et d'alcool, si l'état de l'œil gauche et le rétrécissement commençant du champ visuel de l'œil droit n'indiquaient une affection malheureusement beaucoup plus grave des nerfs optiques. L'ophtalmoscope lève les derniers doutes en révélant une atrophie avancée des papilles. Aucun symptôme tabétique.

L'anamnèse m'apprend que M. B. a senti sa vue, autrefois excellente, diminuer rapidement aux deux yeux il y a environ 3 mois, c'est-à-dire en janvier, après une attaque d'influenza se manifestant surtout par une forte céphalalgie. M. B. s'est fait soigner aussitôt, dit-il, par un spécialiste ; mais pas plus le traitement très rationnel qui a été institué que celui que j'entreprends à nouveau ne parvient à enrayer l'atrophie progressive des nerfs optiques, et ce malheureux est presque complètement aveugle au bout de deux mois.

Obs. II. — Mme P....t, 35 ans, d'une bonne santé également, me consulte le 3 juillet. Il y a 5 semaines, elle s'est aperçue,

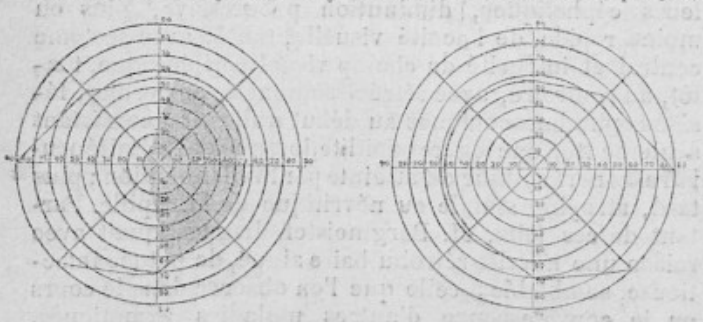


Fig. 51. — Champ visuel. Légende. — *O. gauche* : V = 1/150. — *O. droit* : M = 0,75 ; V = 1 — C = 1.

par hasard, qu'elle ne voyait presque plus de l'œil gauche.

(1) Landsberg, — *Centralbl. f. Augenheilk.*, 1890, mai, p. 141.
(2) Remak. — *Ibidem*, juillet, p. 201.
(3) Il est superflu d'ajouter que l'acuité indiquée dans ces observations est celle obtenue après correction des vices de réfraction existants.

Cet œil n'a, en effet, qu'une vision de 1/150. Quant au champ visuel, toute sensation lumineuse est abolie sur sa moitié nasale. Le scotome présente la forme d'un secteur à sommet situé en dehors du point de fixation, à côtés dirigés à peu près verticalement en haut et en bas, et d'une ouverture de 160 degrés environ. A l'ophtalmoscope, légère décoloration de la papille. L'œil droit est normal de tous points.

Mme P. ne peut indiquer aucune cause appréciable de sa maladie. Elle dit n'avoir pas eu l'influenza ; mais, quelques jours durant l'épidémie, elle a eu des maux de tête. Je n'hésite pas à rapporter à cette époque le début de l'affection du nerf optique gauche, affection qui, heureusement unilatérale, n'a pas été remarquée immédiatement.

Comme dans le cas précédent, le traitement suivi n'a eu aucun résultat.

Obs. III. — Mme R....d, âgée de 40 ans, se présente chez moi le 2 avril. Son œil droit est complètement aveugle. Son œil gauche possède encore une acuité de 4/10, mais qui, au dire de la malade, diminue rapidement. Le champ visuel de cet œil ne paraît pas être rétréci. A l'ophtalmoscope, atrophie de la papille droite, décoloration manifeste de la papille gauche.

Mme R. raconte que la vue de son œil droit s'est éteinte *en une seule nuit*, pendant l'épidémie d'influenza, avec accompagnement d'une forte céphalalgie. A partir de cette époque, la vision a diminué progressivement à l'œil gauche. La santé générale de cette femme est défectueuse ; son visage est pâle et bouffi ; elle souffre de gastralgies, sans toutefois d'autres symptômes d'ulcère ; à l'examen des urines, je constate de la phosphaturie.

Malgré tous mes efforts, la vision restante à l'œil gauche baisse rapidement, jusqu'à se réduire à une faible sensation lumineuse dans l'espace de 3 semaines.

Obs. IV. — Mlle C.....s, âgée de 19 ans. Premier examen le 9 juillet. L'œil gauche est normal. Quant à l'œil droit, autrefois bon, il n'a qu'une acuité de 2/10, sans amélioration par les

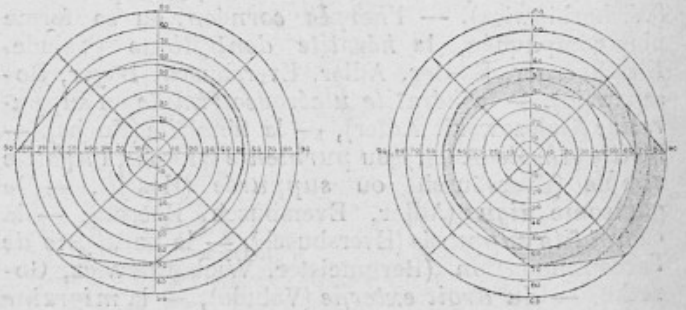


Fig. 52. — Champ visuel. Légende. — *O. gauche* : E. V = 1. — *O. droit* : E. V = 0,2.

verres. Le champ visuel est légèrement rétréci concentriquement, surtout à un faible éclairage. A l'ophtalmoscope, fond normal.

Cette jeune malade a souffert, depuis l'influenza, de céphalalgie assez intense, parfois rémittente, qui a disparu à peu près complètement depuis quelque temps, mais qui se reproduit encore parfois, du côté gauche. Elle ne présente aucun stigmate hystérique.

Le traitement, qui a consisté surtout en dérivatifs et en injections de strychnine, a produit une légère amélioration de l'acuité à gauche, qui est maintenant de 4/10, mais paraît vouloir rester stationnaire, de même que le champ visuel. L'aspect ophtalmoscopique, trois mois après le premier examen, était demeuré normal.

Obs. V. — M. F...e, âgé de 40 ans. J'ai eu l'occasion d'observer ce malade conjointement avec mon éminent confrère, M. le Dr Dufour, qui avait été consulté en premier lieu. La première fois que je l'ai examiné, soit le 12 juillet, l'œil gauche avait une acuité de 1/100 ; son champ visuel présentait un scotome central, de forme irrégulière, et un scotome périphérique comprenant environ le tiers supérieur du champ visuel. L'œil droit, encore plus atteint, n'avait qu'une acuité de 1/1000 ; quant à son champ visuel, il n'en existait plus, pour ainsi dire, qu'un

© ANM

lambeau excentrique à la partie supérieure, en forme de croissant irrégulier. La vision centrale était totalement abolie. A l'ophtalmoscope, décoloration des papilles, surtout prononcée sur la moitié temporale, qui présente un aspect tout à fait atrophique.

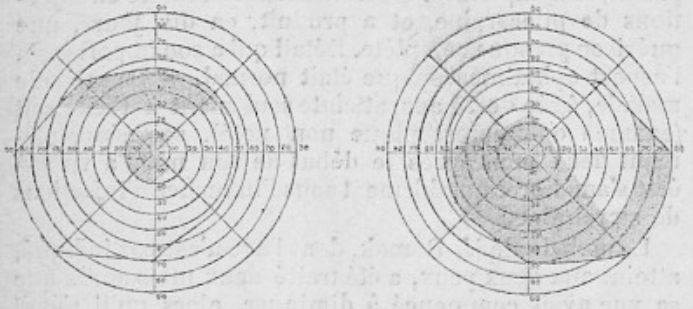


Fig. 53. — Champ visuel. Légende. — *O. gauche:* M. 3 (?). V = 1/100. — *O. droit :* M. 3 (?). V = 1/1,000.

Les renseignements fournis, soit par M. le Dr Dufour, soit par le malade lui-même, mettaient hors de doute l'origine caractéristique de la maladie : M. F..., durant l'épidémie d'influenza, avait été pris d'une céphalalgie violente et persistante ; puis il avait senti sa vue et même son ouïe diminuer rapidement. L'ouïe était redevenue normale ; mais la vue, malgré les soins habiles qui lui avaient été donnés, n'avait fait que décliner jusqu'au point que j'ai décrit tout à l'heure. Jamais aucun symptôme tabétique.

J'ai revu ce malade il y a quelques temps. Chose singulière, l'acuité de son œil droit s'était légèrement relevée, tandis que celle de l'œil gauche était devenue presque nulle. En somme, il reste dans un état voisin de la cécité.

Obs. VI. — Ce dernier cas me paraît particulièrement intéressant en ce que nous y voyons, me semble-t-il, d'une façon très nette, la prédisposition des nerfs optiques, déjà atteints par une lésion antérieure, à subir de nouveau l'effet fâcheux du virus de l'influenza. Il concerne une dame B...r, âgée de 54 ans. Cette personne m'avait déjà consulté le 12 novembre 1889, soit environ deux mois avant le début de l'épidémie dans notre contrée, pour une légère diminution de sa vue. J'avais constaté, aux deux yeux, une acuité de 7/10, avec champ visuel sensiblement normal. A l'ophtalmoscope, la papille présentait l'aspect caractéristique, quoique peu prononcé, de l'atrophie névritique consécutive aux hémorrhagies graves : pâleur uniforme du disque optique, avec effacement de ses contours et disparition du dessin de la lame criblée, léger trouble blanchâtre de la rétine adjacente, épaississement de la gaine des vaisseaux centraux. La malade, sur mon interrogatoire, m'apprit, en effet, qu'elle avait eu autrefois un évanouissement à la suite d'une hémorrhagie soi-disant intestinale, dont je n'ai pu préciser la nature. Je la soumis aussitôt à un traitement par les injections de strychnine, et, au bout de trois semaines, sa vision était redevenue normale. L'aspect ophtalmoscopique était resté le même.

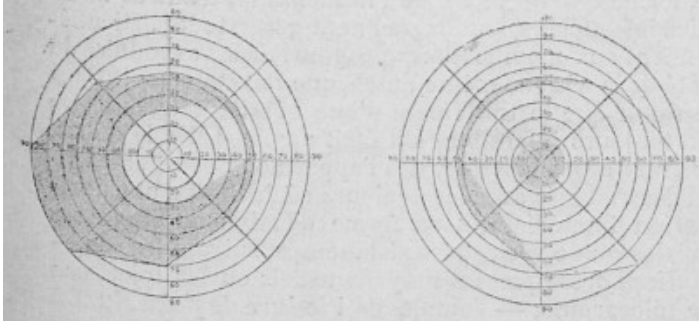


Fig. 54. — Champ visuel. Légende. — *O. gauche :* V = $\frac{1}{\infty}$. — *O. droit :* H. 0,75. — V = 0,3. — C = O. — Chromatopsie centrale : Bleu = 0,5 ; — Jaune = 0,3 ; — Vert = 0,3 ; — Rouge = 0,3.

Le 1er juillet, cette année, elle revint chez moi avec un œil gauche aveugle, distinguant seulement le jour de la nuit, et un œil droit pourvu encore d'une acuité de 3/10. Champ visuel rétréci concentriquement aux deux yeux, mais beaucoup moins à droite qu'à gauche. A l'ophtalmoscope, atrophie plus prononcée à gauche ; à droite, papille dans le même état qu'autrefois. La vue avait recommencé à baisser rapidement, avec maux de tête, depuis le mois de janvier. Je repris les injections de strychnine, qui, en 12 jours, ramenèrent l'acuité de l'œil droit à 8/10, et celle de l'œil gauche à 1/100. Mais cet heureux résultat ne s'est pas maintenu : il y a trois semaines, l'acuité à gauche était de nouveau nulle, à droite, de 2/10 seulement ; il est vrai que le traitement n'avait pas été suivi avec régularité. Je n'ai pas revu la malade depuis.

Je conviens que, dans ce cas, l'atrophie progressive des nerfs optiques peut être mise entièrement sur le compte de la névrite post-hémorrhagique. Cependant, vu la marche lente de l'affection à son début, et son cours précipité à la suite de l'épidémie, je ne puis m'empêcher de croire que cette dernière a été pour quelque chose dans la fâcheuse tournure qu'a prise chez cette malade une affection qui paraissait, en somme, curable.

Ces observations confirment, en les complétant, les intéressantes publications de MM. Bergmeister, Landsberg et Remak. Dégageons rapidement les traits principaux qui ressortent de ces faits réunis.

L'opinion de M. Bergmeister se trouve corroborée : il s'agit, sans nul doute, dans tous ces cas, d'une névrite optique rétrobulbaire, le plus souvent bilatérale, à début généralement rapide, d'intensité plus ou moins considérable, à marche subaiguë, à issue malheureusement funeste dans la plupart des cas. Tous ces caractères se retrouvent dans la névrite rétrobulbaire, les maladies infectieuses, typhus, variole, rougeole, diphtérie, etc. (1).

Le *début* de cette névrite est invariablement marqué par des douleurs céphaliques, localisées surtout dans les nerfs orbitaires et périorbitaires, mais pouvant s'étendre à toute la calotte cranienne, surtout si l'affection est bilatérale. Ces douleurs sont toujours assez intenses, continuelles, parfois assez violentes pour empêcher tout sommeil. Leur durée, soit dit en passant, peut comprendre des semaines et des mois, surtout si aucun traitement n'intervient. Ces douleurs sont dues très probablement au fait que le processus inflammatoire ne se localise jamais exclusivement au nerf optique ou à sa gaine, mais envahit simultanément les nerfs sensitifs intraorbitaires. M. Remak a même observé, chez son malade, conjointement avec cette céphalalgie, des crampes dans les extrémités, qu'il attribue à une irritation méningée.

Cette céphalalgie ne peut toutefois se différencier nettement des névralgies banales observées si souvent dans le cours de l'influenza, sans participation des nerfs optiques. Le symptôme capital, pour éclairer le diagnostic, symptôme que le malade peut accuser spontanément, mais parfois trop tard, et qu'il importe de rechercher à ses débuts, c'est la *diminution de l'acuité visuelle centrale*, plus rarement des *scotomes périphériques*. Les fibres maculaires des nerfs optiques sont, en effet, presque toujours intéressées en pareil cas, le plus souvent en premier lieu, et c'est là ce qui constitue surtout le danger de la névrite rétrobulbaire infectieuse, bien plus que la participation des autres faisceaux du nerf optique destinés à la périphérie de la rétine, et dont les lésions, variables suivant les cas, se traduisent par des scotomes périphériques de

(1) J'ai observé dernièrement encore un cas absolument semblable d'atrophie névritique complète, heureusement monoculaire, chez un jeune homme vigoureux, à la suite d'une *scarlatine*.

© ANM

forme et de grandeur variables, comme le montrent les schémas ci-dessus.

Je n'insiste pas sur ces *mensurations du champ visuel*, qui intéressent surtout les ophtalmologistes, et qui, le plus souvent, ne se font qu'à une époque plus ou moins éloignée du début de la maladie, alors qu'elle est généralement incurable. Je me borne à dire qu'un examen au moins sommaire du champ visuel devra toujours être pratiqué le plus tôt possible, les fibres extra-maculaires pouvant être atteintes en premier lieu : il existera alors un rétrécissement périphérique du champ visuel, sans diminution de la vision centrale. Ce fait se produit notamment lorsque le siège de l'inflammation est localisé près du trou optique, à l'endroit où les fibres maculaires sont encore comprises dans l'épaisseur du tronc et non pas immédiatement sous la gaine, comme à partir de l'entrée des vaisseaux centraux jusqu'à la papille.

Je m'étendrai encore moins sur l'*examen ophtalmoscopique*, attendu que ce n'est que dans la minorité des cas qu'il permettra de constater une légère papillite. Son rôle est surtout de nous révéler l'atrophie descendante de la papille, plus ou moins tardive, consécutive à la névrite rétrobulbaire; mais cette donnée est malheureusement sans grand résultat pratique. Bien entendu, je ne veux pas dire par là que cet examen doive jamais être négligé dans aucun cas suspect.

La *réaction pupillaire* fournira également des renseignements utiles, quoique d'une importance secondaire. Inutile de dire qu'elle devra être examinée à chaque œil isolément. Elle sera, en tout cas, paresseuse dès que les fonctions du nerf optique auront souffert d'une façon notable. Je n'ai constaté, durant l'influenza, aucune altération pupillaire indépendante d'une affection du fond de l'œil ou du nerf optique, et je n'ai trouvé non plus aucun cas de ce genre signalé dans la littérature.

Avant d'aborder l'étude du pronostic, on peut se demander s'il existe, chez les personnes atteintes, une *prédisposition* à la névrite rétrobulbaire, prédisposition qui pourrait mettre d'avance le médecin sur ses gardes. Les auteurs que, j'ai cités n'ont pas traité ce point, et je ne trouve rien dans leurs observations qui puisse nous éclairer à ce sujet. Quant à mes malades, je ferai remarquer que, à part M. B., qui avait commis des excès de tabac et d'alcool, Mme R. et Mme B., qui pouvaient être suspectes d'ulcère gastrique, rien dans les antécédents personnels ou héréditaires ne pouvait avoir contribué à les rendre particulièrement aptes à contracter la maladie en question.

Le *pronostic* de la névrite rétrobulbaire due à l'influenza, à en juger du moins par les cas de M. Bergmeister et les miens, est des plus graves. Seul M. Landsberg a eu la chance de tomber sur deux malades dont le traitement a été de quelque efficacité. Celui de M. Remak, après une amélioration temporaire, eut une rechute avec nouveaux accès de céphalalgie. Son sort ultérieur nous est inconnu. Quant à moi, je n'ai obtenu d'amélioration persistante, quoique légère, que dans un seul de mes cas. Cela tient-il à ce que la maladie est par elle-même incurable, ou à ce que le médecin intervient trop tard? C'est ce que nous allons tenter d'éclaircir en parlant du *traitement* (1).

Nous ne trouvons, à ce sujet, aucune indication quelconque dans le travail de M. Bergmeister. Il a vu ses malades un temps assez long, quelques semaines après le début de leur névrite, et il ne dit pas un mot de thérapeutique.

M. Landsberg n'a commencé à soigner son premier malade que six semaines environ après l'apparition des premiers symptômes. Le traitement a consisté en injections de pilocarpine, et a produit, en dix jours, une guérison presque complète. Détail qui a son importance, l'aspect ophtalmoscopique était normal. — Sa seconde malade, âgée de 24 ans, atteinte seulement à l'œil droit (examen ophtalmoscopique non noté), soignée seulement deux mois après le début de son mal, a vu son état s'améliorer notablement sous l'influence d'injections de strychnine.

Le malade de M. Remak, dont l'âge n'est pas indiqué, atteint aux deux yeux, a été traité deux mois après que sa vue avait commencé à diminuer, alors qu'il s'était déjà produit une « décoloration grisâtre manifeste » des papilles, au moyen d'iodure de potassium, de laxatifs et d'injections de strychnine. L'issue de ce cas reste douteuse.

Tous mes cas se sont présentés à moi tardivement, au plus tôt deux mois après le début du mal. Chez quatre d'entre eux existait déjà une atrophie prononcée des papilles. Aussi ne puis-je être surpris si mon traitement, qui a consisté en dérivatifs (vésicatoire à la tempe ou petit séton à la nuque, laxatifs), en injections de pilocarpine et de strychnine, iodure de potassium (2 à 3 grammes par jour), et en galvanisation, n'ait produit aucun résultat. Seule la malade de l'obs. IV, âgée de 19 ans, atteinte seulement à droite et d'une façon légère, a retiré quelque bénéfice des injections de strychnine.

Le malade que j'ai eu l'honneur de voir avec M. Dufour avait été soumis à l'iodure de potassium, aux injections de strychnine et à la galvanisation, également sans succès. Mais, si je me souviens bien, ce malade doit avoir perdu aussi un temps précieux avant d'avertir son médecin de la diminution de sa vue, qu'il mettait avec raison en rapport avec sa céphalalgie, mais en se figurant faussement que cette amblyopie serait passagère.

Le résultat de cette petite enquête me fournira la conclusion de mon article, en même temps qu'il a été le motif qui m'a engagé à l'écrire. Je voudrais, en effet, attirer l'attention de mes confrères non spécialistes, qui, en temps d'épidémie, sont appelés à voir une quantité trop considérable de malades pour pouvoir faire un examen approfondi de tous les organes, sur une manifestation morbide moins bruyante, mais souvent plus dangereuse que celles qui sont l'objet de leurs soins dévoués. Dans la forme dite nerveuse de l'influenza (et d'autres maladies infectieuses), qu'ils prennent garde tout particulièrement aux modifications qui pourraient se produire du côté de la vision, même de chaque œil isolément. Sans garantir que le traitement d'une névrite rétrobulbaire fût toujours infaillible, s'il était appliqué dès le début, je crois cependant que, dès l'apparition des troubles visuels combinés avec les douleurs céphaliques, une *dérivation* immédiate, sous forme d'émissions sanguines locales ou de vésicatoires à la tempe, suivant les cas, — la *diaphorèse* par les moyens usuels ou les injections de pilocarpine, — l'emploi de l'*iodure de potassium* à hautes doses (5 à 6 grammes par jour, en lavements suivant le conseil de M. de Wecker), — des *mercuriaux* (sublimé à l'intérieur, d'après les confrères anglais, ou cure de frictions, vantée par M. Hock, de Vienne), — l'*obscurité*, — peut-être l'administration de médicaments dont l'action sédative sur les nerfs périphériques

(1) Voir plus loin la note, à la fin de l'article.

© ANM

est connue (antipyrine, morphine, quinine, arsenic, etc.), seraient, dans certains cas, à même de prévenir une des suites les plus cruelles de ces maladies, la cécité presque complète (1).

PATHOLOGIE INTERNE

Un cas d'occlusion intestinale aiguë liée à une entérite produite par un exanthème scarlatineux. Guérison ;

par M. le Dr BEMMLER, médecin principal.

S....., soldat au 51e d'infanterie, arrive, dans la soirée du samedi, en permission à Paris, en bonne santé, n'ayant avant son départ ressenti aucune indisposition. Dans la matinée du dimanche, à la suite d'un repas consistant en viande rôtie et une certaine quantité de fraises, il est pris subitement de coliques violentes, diarrhée profuse et vomissements bilieux. On l'envoie d'urgence, pendant la nuit, à l'hôpital Saint-Martin. La diarrhée avait cessé sous l'influence d'une potion prescrite en ville, mais les vomissements persistant ainsi que les coliques, l'élève de garde prescrit une injection de 0,01 de morphine qui calme en partie les phénomènes douloureux, mais n'agit pas sur les vomissements qui durent toute la nuit. A ma visite, je trouve le malade plus tranquille, les douleurs ont diminué, mais le facies est un peu altéré, les yeux excavés, le pouls petit, la langue sale. Le malade n'a pas été à la selle depuis hier, le ventre est légèrement ballonné, douloureux à la pression, surtout le long du côlon ascendant. On ne sent nulle part aucune dureté, aucune tumeur, quoique le malade indique spécialement comme point douloureux un espace situé un peu au-dessus de l'appendice cæcal. Les anneaux sont libres.

S.... déclare qu'il n'a fait aucun excès, qu'il n'a rien avalé d'insolite, qu'il était bien portant avant son départ de Compiègne et qu'en dehors d'un cas de rougeole l'état sanitaire du régiment était satisfaisant. Il dit être sujet aux coliques, ressentir souvent dans le ventre des douleurs violentes, mais fugaces et cédant rapidement à l'application de linges chauds. L'arrière-gorge est un peu rougeâtre et il existe un certain degré d'angine. La température est de 39°, mais on ne note aucune trace d'éruption sur la peau. Prescriptions : Onctions belladonnées, lavement boriqué de 1 litre, cataplasme recouvrant tout l'abdomen. A 11 h. 1/2 je revois le malade : il a rendu le lavement, mais sans matières ; les douleurs sont beaucoup moins violentes, état nauséeux mais sans vomissements. A 3 h. pas de selles ; tout le ventre est ballonné et le gros intestin fait un léger relief dans toute son étendue ; sensibilité du ventre à la pression, assez vive pour que le malade se plaigne du poids du cataplasme qui est enlevé ; S... vient de rendre par le vomissement un verre de liquide mélangé de matières fécaloïdes. Le faciès n'est pas notablement plus altéré que le matin, mais le pouls est plus petit. Je fais administrer immédiatement 3 siphons d'eau de Seltz au moyen d'une grosse sonde introduite dans le rectum ; la poussant assez loin, je pus m'assurer que le rectum était libre. En agissant ainsi, je pensais que, s'il y avait un obstacle, la force de propulsion et la distension produite pourraient le lever, et que, dans l'hypothèse d'une simple parésie liée à une entérite violente, le choc du liquide pourrait réveiller les contractions. C'est dans le même but que je prescrivais une application de courants à petites intermittences rapprochées, un électrode étant dans le rectum et l'autre promené sur le ventre. Température 38°. Quand je vis le malade dans la soirée, je le trouvai beaucoup mieux. Il n'avait pas eu de selles, mais avait rendu beaucoup de gaz (dus aux lavements probablement) ; le ventre était beaucoup moins tendu ; les vomissements n'avaient pas reparu.

5 juillet. — Le malade n'a pas eu de selles, mais les vomissements et l'état nauséeux ont cessé, la sensibilité du ventre est beaucoup moindre, le pouls plus plein, les traits moins altérés. Toute la face est rougeâtre, mais cette rougeur absolument uniforme ne descend pas au delà, ni sur le cou, ni sur les épaules, ni sur les membres. Pas de douleurs articulaires. Le malade semble n'attacher aucune importance à cette rougeur et dit que son visage est habituellement très coloré. J'émets néanmoins l'hypothèse d'une scarlatine, et je recommande d'évacuer le malade sur la salle des contagieux si la rougeur apparaît sur le tronc. Je revois le malade dans la journée ; la rougeur de la face persiste, mais on n'observe rien au tronc. Sous l'influence d'un lavement laxatif, le malade a eu deux selles copieuses. Le ballonnement a tout à fait disparu.

A partir du lendemain, tout était rentré dans l'ordre du côté des organes digestifs ; et le 7 juillet, le malade pouvait s'alimenter légèrement, les selles étaient régulières et moulées. La face était moins rouge, mais il n'y eut à aucun moment une desquamation véritable. En revanche, 3 jours après, le malade s'apercevait que ses pieds pelaient, et je remarquais en effet de grands lambeaux épidermiques.

S..... sortit guéri le 21 juillet.

Réflexions. — Cette observation me paraît intéressante au point de vue des déductions qu'on peut en tirer. Et tout d'abord, je citerai, pour ne plus y revenir, la rareté de cette forme de scarlatine donnant lieu sans prodromes à un exanthème intestinal qui occasionne une entérite assez intense pour entraîner consécutivement des phénomènes d'occlusion. Guéneau de Mussy, qui cite comme assez fréquents les cas de rougeole débutant par une forte diarrhée, ne parle pas de scarlatine débutant par des phénomènes d'entérite. Les cas cités par Jaccoud, d'après les observations antérieures de Graves, Bretonneau, ont plutôt rapport à des entérites accompagnées de symptômes typhoïdes. Mais je ne veux pas insister sur ce fait d'ordre purement médical. Il me suffit de noter la réalité du fait pour que l'attention soit à l'avenir appelée sur la possibilité de l'occlusion intestinale aiguë, liée à une entérite au début de la scarlatine.

Je désire surtout m'arrêter sur un autre ordre de faits dont les déductions sont plus importantes au point de vue pratique. Je veux parler des symptômes de l'occlusion. En résumé, le grand intérêt de cette observation est le suivant : Un homme, après une débâcle diarrhéique, présente subitement, sans cause bien définie, des accidents douloureux du côté de l'abdomen, assez rapidement suivis de phénomènes d'occlusion. Je conviens tout d'abord que, dans le cas actuel, le diagnostic de la cause de l'occlusion paraissait plus facile à établir que dans beaucoup de cas. La présence de selles nombreuses, l'existence d'un certain mouvement fébrile, devaient *a priori* éveiller l'idée d'une entérite d'autant plus que l'absence des signes tirés soit de l'examen des organes, soit des antécédents du malade, permettait d'éliminer les autres causes d'occlusion. Les phénomènes de collapsus étaient également peu accentués et écartaient l'idée d'une occlusion réelle et complète. Mais encore faut-il néanmoins m'accorder que, même dans ce cas, un diagnostic absolu est difficile,

(1) Ce traitement m'a donné dernièrement une guérison complète dans un cas de névrite optique *récente*, consécutive à une périostite alvéolo-dentaire, avec propagation au tissu cellulaire de l'orbite. — Le manuscrit de cet article était déjà à l'imprimerie lorsque j'ai eu connaissance d'un travail intéressant et fort complet de M. le professeur Pflüger (de Berne) sur les *complications oculaires de l'influenza* (*Berlin. Klin. Wochenschr.*, 1890, n° 30). Dans ce travail figurent 4 cas de névrite rétro-bulbaire *unilatérale* et 2 cas de *papillite*. Le traitement, qui a été institué généralement à temps, et qui a consisté surtout en diaphorétiques (salicylate de soude) et en injections de strychnine, a produit de très bons résultats dans 2 cas, douteux ou nuls dans les autres. J'ai appris, d'autre part, que le Dr Delacroix (de Reims) a signalé, à la suite de l'influenza, « une aggravation très notable d'une amblyopie toxique déjà existante chez deux individus (V. *Revue d'Opht.*, 1890, n° 9, p. 418).

© ANM

puisque l'on est en droit de se demander si l'abondance des selles ne peut pas être due à une débâcle du bout inférieur.

Est-il possible, en effet, de donner comme réellement pathognomonique un seul des signes habituels de l'occlusion ? Sera-ce le vomissement fécaloïde ? Bien qu'on trouve citée par grand nombre d'auteurs, comme particulièrement grave, l'apparition du vomissement fécaloïde, on rencontre beaucoup d'observations où, malgré ce symptôme, la guérison a eu lieu par le seul traitement médical. Je me souviens déjà d'avoir noté pareil fait dans un cas d'entérite grave due à une congestion hépatique. L'observation qui fait le sujet de cette étude prouve une fois de plus que le vomissement fécaloïde peut se produire en l'absence de tout obstacle dans l'intestin, et qu'il est uniquement dû à une exagération des mouvements anti-péristaltiques. Le ballonnement du ventre et le relief des anses intestinales auront-ils une réelle valeur ? Je ne le pense pas ; car ce phénomène peut être le fait d'une simple distension gazeuse par parésie intestinale ; comme je l'ai indiqué plus haut, cette parésie peut se produire à la suite des violentes coliques de l'entérite et donner lieu au relief du gros intestin sous la peau.

Sera-ce la douleur localisée ? Mais dans notre observation elle existait également d'une manière assez notable pour que le malade indiquât lui-même le point sensible.

Ainsi donc aucun symptôme pris isolément n'a une valeur pathognomonique pour permettre d'affirmer quelle est la cause de l'obstacle au cours des matières. On devra surtout s'appuyer sur la marche de la maladie, sur l'intensité des symptômes, la rapidité et la gravité du collapsus, pour soupçonner la cause de l'occlusion et établir les bases du traitement. Et pour terminer ces réflexions, je ne puis m'empêcher de conclure, avec M. le Pr Tillaux, que, dans tous les cas où la certitude de la cause de l'occlusion n'est pas absolue, l'expectation doit être la règle.

Museum d'histoire naturelle de Paris. — *Boursiers.* — Sont nommés boursiers d'agrégation près le Muséum d'histoire naturelle, pendant l'année scolaire 1890-1891 : 1re *année*, MM. Blanc (E.-L.-F.-P.) ; Gayet (L.-A.) ; Glangeaud (P.) ; Sirodot (E.) ; — 2e *année* (prolongation de bourse), MM. Alengry (R.-C.-C.) ; Coupin (H.) ; Goux (P.-F.-A.) ; Turchini (S.-E.). — Sont nommés boursiers de doctorat près le Muséum d'histoire naturelle pendant l'année scolaire 1890-1891 : 1re *année*, MM. Bertrand (L.-L.-T.) ; Bordage (L.-E.) ; Contejean (C.-M.-J.) ; Gerber (Ch.) ; — 2e *année* (prolongation de bourse), MM. Dereims (X.-A.) ; Pizon (A.) ; Richard (J.) ; Savageau (C.-F.). — Sont nommés stagiaires près le Muséum d'histoire naturelle pendant l'année 1890-1891 : MM. Boulé (P.-M.), agrégé des sciences naturelles ; Devaux (H.), docteur ès sciences naturelles.

Pharmaciens. — *Escroqueries et usurpation de titres.* — Le commissaire de police du quartier de la Roquette a procédé récemment à l'expulsion d'un pharmacien qui, trouvant que le gain qu'il réalisait sur les produits pharmaceutiques n'était pas assez élevé, avait imaginé une combinaison ingénieuse pour se procurer lesdits produits sans bourse délier. S'étant placé comme aide chez un pharmacien de Soissons, il s'appropriait les produits achetés par son patron, en faisait des ballots et les expédiait à Paris à sa femme, qui tenait la pharmacie en compagnie d'un garçon tôlier, chargé de remplacer M. X..., et présenté à la clientèle sous le titre d'ancien interne des hôpitaux. On conçoit aisément quels effets désastreux produisait chez les malades l'absorption des remèdes manipulés par le tôlier avec une ignorance absolue. A la suite d'accidents graves, des plaintes furent adressées. L'enquête fit découvrir les vols commis par M. X. En présence du cynisme avec lequel le pharmacien prétendait continuer son commerce à Paris, malgré les poursuites exercées contre lui, le commissaire a fait fermer sa boutique. Le garçon tôlier est poursuivi pour exercice illégal de la médecine.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le remède de Koch dans la tuberculose laryngée.

Nous avons eu l'occasion d'observer un assez grand nombre de cas de tuberculose laryngée, dans les différents services de Berlin, où l'on pratique les inoculations avec la lymphe de Koch. Nous croyons qu'il est d'autant plus nécessaire de donner notre impression sur ce sujet que la plupart de nos confrères craignent de voir se développer, à la suite de l'injection, un œdème pouvant mettre en danger les jours du malade. Récemment, le Dr Morell-Mackensie crut devoir pratiquer préalablement la trachéotomie chez un de ses patients qu'il voulait soumettre au traitement de Koch. Quelques heures après l'injection, la muqueuse laryngée, antérieurement pâle, s'hyperémie et bientôt une rougeur uniforme envahit toutes les parties atteintes par le mal, en empiétant même sur les tissus sains du voisinage.

Il est facile de suivre le développement de cette inflammation sur les cordes vocales où, tout d'abord, on voit se dessiner des vaisseaux isolés qui bientôt se confondent noyés au milieu de la coloration générale de la corde vocale. Dans un cas, nous avons pu observer plusieurs hémorrhagies sous-muqueuses, en divers points du larynx, principalement sur la corde vocale gauche.

Dans un autre cas, il s'est fait une rupture des vaisseaux qui a donné lieu à une hémorrhagie assez abondante.

En même temps que la rougeur, il se produit une tuméfaction accusée surtout au niveau des bandes ventriculaires, de l'épiglotte et de la commissure postérieure. Cette tuméfaction se présente sous forme d'une infiltration ou d'un exsudat blanchâtre ou blanc-jaunâtre, occupant le centre du tissu malade. Cet exsudat fait nettement saillie au-dessus des parties voisines dont il est délimité par un bord très accentué. Bientôt cette infiltration s'agrandit en surface, envahissant la plus grande partie des tissus congestionnés qui l'entourent. Au bout de quelques jours, cet exsudat se dégage et tombe en laissant à sa place une ulcération infundibuliforme dont la partie centrale correspond au centre même du tissu tuberculeux.

Cette ulcération excavée se couvre de bourgeons granuleux qui se réunissent pour former une surface unie et plane, qui aurait une tendance à marcher vers la guérison, disent nos confrères allemands ; mais jusqu'à ce jour, aucun d'eux n'a encore été assez heureux pour voir se cicatriser une de ces ulcérations qui leur semble être de bonne nature.

Dans certains cas, après la chute du tissu mortifié, on aperçoit sur les cordes vocales, principalement au niveau de leur partie postérieure, une série de petites ulcérations, en dents de scie, qui ne nous ont pas paru produire une amélioration sur la marche de l'affection ; loin de là, elles nous ont semblé revêtir la tournure ordinaire des ulcérations de ce genre qu'on rencontre dans la deuxième période de la tuberculose laryngée.

L'infiltration consécutive à l'injection ne donne pas toujours lieu à une ulcération, elle peut se résorber dans certains cas, et même ne laisser aucune trace consécutive, mais ce dernier point a paru être l'exception.

Après l'injection, la rougeur et l'infiltration, surtout si elles siègent sur les organes importants de la phonation, déterminent une aphonie parfois complète, qui dure pendant plusieurs jours, jusqu'à ce que les phénomènes morbides aient diminué d'intensité.

L'expectoration paraît être augmentée dans les premiers temps. Un malade du Dr Bergmann a expectoré à diverses reprises des tissus tuberculeux. Dans quelques cas, de purulente, l'expectoration est devenue muqueuse ; ajoutons qu'à diverses reprises nous y avons constaté la présence de filaments sanguins, une fois même l'expectoration était composée exclusivement de sang.

Quelques malades qui se plaignaient de dysphagie ont éprouvé un certain soulagement après l'injection ; nous

© ANM

avons remarqué ce fait pendant la période d'infiltration ; à ce moment, l'ulcération était recouverte de l'exsudat qui cachait ainsi la plaie de l'épiglotte ou de la muqueuse inter-aryténoïdienne. Je laisse de côté les phénomènes généraux accompagnant la réaction locale ; du reste, ces phénomènes n'ont nullement différé les symptômes que l'on observe habituellement dans les cas de tuberculose pulmonaire.

Ici, comme dans les autres formes de tuberculose, il faut se demander quels sont les résultats obtenus par l'emploi de la méthode de Koch dans la phtisie laryngée. Nous permet-elle de poser un diagnostic certain ? Jusqu'à ce jour, les injections ont été faites chez des tuberculeux avérés et chez quelques malades atteints de cancer du larynx. Le diagnostic était déjà établi à l'avance chez ceux-ci.

Si cependant la réaction locale était apparue, aurait-on été en droit de dire que la lésion était de nature tuberculeuse ? Ne sait-on pas déjà, et nous l'avons vu à Berlin, que des lépreux et des syphilitiques réagissent, que des malades atteints de scarlatine réagissent également. Ici, même, dans le service de M. Vidal, à Saint-Louis, nous avons constaté qu'un épithéliome greffé sur un lupus de la joue prenait part à la réaction locale. Peut-on, dans ce cas, accorder à la méthode de Koch la valeur que son auteur lui donnait primitivement? Il ne fait plus de doute pour personne que des tuberculeux du larynx ne réagissent pas toujours ; nous en avons vu plusieurs exemples à Berlin et à Paris. Par conséquent, comme moyen de diagnostic, la méthode de Koch ne nous paraît pas avoir tout à fait l'importance qu'on a voulu lui attribuer.

Comme valeur curative, elle paraît en avoir encore moins. Pas un cas de guérison n'a encore été présenté par aucun des médecins qui se sont occupés de cette question. Faut-il se contenter de l'amélioration de quelques symptômes, la dysphagie par exemple ? N'observons-nous pas souvent une amélioration semblable avec les moyens ordinaires de traitement ? De plus, pendant combien de temps cette dysphagie disparaîtra-t-elle ? Par contre, nous avons malheureusement à signaler plusieurs accidents graves qui se sont produits du côté du larynx, après l'injection. Disons tout d'abord que jamais nous n'avons observé ni dyspnée, ni oppression provenant d'un œdème de la glotte. L'infiltration a toujours été très peu accentuée au niveau des cordes vocales, c'est-à-dire dans la région glottique ; si elle a été plus marquée sur les bandes ventriculaires ou fausses cordes vocales, ou même sur l'épiglotte, l'exsudat n'a jamais été assez considérable pour rétrécir la glotte d'une façon notable. C'est surtout sur la muqueuse inter-aryténoïdienne que l'infiltration a été plus accusée, mais elle n'a jamais déterminé une diminution du champ glottique aussi grande que celle qu'on peut observer chez les malades atteints de tumeurs tuberculeuses en cet endroit ; en effet la glotte a toujours présenté une ouverture d'au moins un demi centimètre, ce qui est suffisant pour ne pas déterminer d'accidents graves ; il est vrai que les malades traités n'offraient pas déjà un rétrécissement pouvant faire craindre quelques désordres sérieux. Mais il ne serait pas prudent de faire des injections de lymphe à des sujets ayant déjà un rétrécissement marqué de la glotte dû à l'infiltration de la commissure postérieure ou encore au bourgeonnement des cordes vocales ; il en serait encore ainsi chez ceux qui ont déjà l'épiglotte et les replis aryténo-épiglottiques fortement tuméfiés.

L'inoculation de la lymphe peut déterminer une autre série d'accidents plus importants : je veux dire la formation d'ulcérations, d'abcès et le développement d'une tuberculose miliaire aiguë.

Nous avons eu l'occasion de voir chez plusieurs malades, dont le larynx ne présentait que quelques parties légèrement tuméfiées, la formation d'ulcérations consécutives à la chute de l'exsudat produit par l'injection. Ces ulcérations ont même gagné en profondeur et en superficie et nous nous rappelons un malade d'une policlinique privée où l'inoculation a avancé de six mois la marche de l'affection : c'est l'expression même dont s'est servi le confrère qui a eu l'obligeance de mettre son service à notre disposition. Et ce malade n'a pas été le seul dans ce cas : nous avons vu se former sous nos yeux une ulcération de l'épiglotte chez deux sujets dont l'état a été profondément aggravé par l'action du médicament.

Enfin on cite déjà quelques observations de tuberculose miliaire aiguë consécutives à l'inoculation, nous en avons vu du reste un cas : ne comprend-on pas combien ce fait peut se produire facilement, quand on songe que la lymphe de Koch a la prétention de déceler la présence des tubercules invisibles. De plus, il ne faut pas oublier qu'un traitement local intempestif aggrave l'état d'un larynx tuberculeux ; à plus forte raison en sera-t-il ainsi si l'on donne une poussée aux tubercules siégeant dans les parties profondes ; aussi nous semble-t-il de toute évidence de ne pas réveiller le tubercule qui dort.

Ce sont ces raisons qui nous imposent une réserve plus que justifiée pour ce mode de traitement qui, en somme, n'a pas donné de résultat, mais qui facilite l'augmentation du mal et même le développement des tubercules latents, dit-on, et peut-être même n'existant pas avant l'injection. Aussi ne pouvons-nous qu'engager nos confrères à suivre notre ligne de conduite ou tout au moins à se montrer très prudents dans l'emploi d'un médicament secret qui aurait déjà déterminé des poursuites judiciaires, s'il ne venait de l'étranger et s'il n'était recommandé par un savant ayant déjà acquis une grande renommée.

J. Baratoux.

La méthode de Koch à l'Hôpital Laënnec.

M. le Pr Cornil a fait dimanche dernier une nouvelle conférence sur les expériences de la Méthode de Koch qu'il poursuit dans son service de l'Hôpital Laënnec, conférence que nous nous empressons de résumer pour les lecteurs du *Progrès médical*.

M. Cornil rappelle tout d'abord qu'en pratiquant les injections avec le remède de Koch, c'est-à-dire avec un médicament secret, on est en contravention avec la loi qui est formelle à cet égard et que les familles, s'il arrivait un malheur à un malade ainsi traité, même avec son assentiment absolu, pourraient poursuivre au civil en dommages et intérêts le médecin traitant. La Société des pharmaciens, elle aussi, pourrait protester contre l'emploi de ce remède secret.

Ce point juridique établi, il a examiné les effets du remède de Koch qui ont été observés dans son service. La réaction générale a été constante chaque fois qu'on a eu affaire à des malades atteints de tuberculose quelconque. Chez un malade atteint d'ulcères chroniques de jambe à la suite de fracture, une injection de 3 milligrammes n'a amené aucune réaction, ni locale, ni générale. L'élection du remède paraît donc très nette. Mais on a observé tantôt une réaction générale forte avec faible réaction locale ; tantôt l'inverse ; tantôt les deux réactions ont été très fortes, tantôt toutes deux très faibles.

Ces différences dépendent de la dose injectée qui n'a guère dépassé 3 milligrammes, sauf deux fois où il y a eu des accidents et de la susceptibilité de chaque malade. Dans deux cas d'affections tuberculeuses localisées anciennes (tumeurs blanches du cou-de-pied et du poignet), on n'a pas eu de réaction, probablement parce que, dans ces cas, la lésion tuberculeuse est arrivée à un stade fibreux, c'est-à-dire de guérison.

M. Cornil cite ensuite le cas du malade que nous avons rapporté dans le dernier numéro et qui avait présenté de l'albuminurie. Après l'injection, un véritable *spina ventosa* s'était développé sur l annulaire droit qui auparavant ne présentait rien d'apparent. La rougeur a disparu, mais non la tuméfaction.

Le malade n° 6, dont nous parlons également, un enfant de 13 ans atteint de tuberculose pulmonaire, a présenté après l'injection des signes d'une lésion très manifeste,

© ANM

alors qu'elle était très légère en apparence auparavant. Il y avait une congestion allant jusqu'à l'engouement avec souffle et râles humides par bouffées. Ces signes disparurent le lendemain, mais reparurent après une seconde injection, en s'accompagnant cette fois de toux coqueluchoïde, par compression des bronches par des ganglions tuméfiés. A la suite d'une troisième injection, cette toux n'est pas survenue, mais les mêmes signes pulmonaires qu'aux deux autres.

En somme, dans la tuberculose au début, l'injection exagère les signes et rend évidentes les lésions qui n'étaient que douteuses. Elle peut révéler aussi des tuberculoses latentes, et sous ce rapport le remède de Koch est un agent précieux.

La lymphe de Koch agit sur tous les organes, et les reins y sont sensibles, car deux malades ont eu de l'albuminurie, avec 3 gr. 24 pour l'une et 1 gr. 76 pour l'autre. Il y avait en outre dans l'urine des globules rouges déformés et des cylindres hyalins, remplis d'hématies. Mais ce ne sont pas des cylindres de néphrite vraie. Il va sans dire que, quoique cette albuminurie tende à disparaître, on n'a pas fait de nouvelle injection à ces malades. Un autre malade a présenté aussi un peu d'albuminurie, mais sans mélange de sang.

En tous cas, cela prouve qu'on ne saurait être trop prudent et qu'il faut examiner les urines soigneusement avant de faire l'injection. Celle-ci n'est du reste pas contre-indiquée dans toutes les affections rénales. Chez une femme, atteinte de pyélo-néphrite calculeuse, elle n'a rien provoqué.

M. Cornil examine ensuite quelle est l'action de la lymphe de Koch sur le tissu tuberculeux, et montre que ce qui se produit par le fait des scarifications ou de l'ignipuncture, c'est la formation de tissu fibreux ou même calcaire impénétrable aux bacilles et empêchant ainsi leur généralisation. Ce processus curatif qu'on cherche à obtenir se produit aussi naturellement assez souvent, soit pour la tuberculose pulmonaire, soit pour la tuberculose cutanée ou chirurgicale.

Quel effet produit la lymphe de Koch ? Elle amène une forte inflammation des régions tuberculisées, avec infiltration abondante de leucocytes dans les îlots tuberculeux et autour d'eux. Cette congestion a été constatée histologiquement sur des fragments de lupus, 24 ou 36 heures après l'injection. Elle est analogue à celle que l'on rencontre au début du processus de guérison. Mais c'est tout ce qu'on peut dire pour le moment. Quant à son évolution ultérieure, on ne peut encore la prévoir, surtout si l'on s'en rapporte aux impressions défavorables des médecins qui sont allés à Berlin, et qui les ont montrées à la Société médicale des hôpitaux.

Toujours est-il que M. Cornil n'a pas observé la gangrène moléculaire à laquelle aboutirait, d'après Koch, l'inflammation produite par l'injection. Mais il est vrai que les doses injectées ont été beaucoup moins fortes qu'à Berlin, ce qui est préférable, du reste, pour éviter les accidents. En effet, cette mortification cellulaire ne peut aboutir dans le poumon qu'à la formation d'une caverne plus ou moins considérable, résultat qui doit être évité, tandis qu'à la surface de la peau cette gangrène n'a pas grande importance.

Aussi doit-on donner des doses minimes, et le maximum a été dans le service de 1 milligramme chez les tuberculeux pulmonaires, et on a toujours attendu que la réaction fut complètement terminée pour faire une nouvelle injection.

Les résultats rapportés par MM. Ferrand, Cuffer, Thibierge et Rémond (de Metz), qui ont vu les malades traités à Berlin, ne sont pas encourageants, même pour le lupus dont il n'y a aucun cas, pas plus que pour la tuberculose pulmonaire, de complètement guéri. Il y a même eu des récidives de lupus.

On ne peut se prononcer encore, et Koch lui-même a été moins catégorique que ceux qui ont les premiers appliqué son traitement, pas toujours dans un but désintéressé, ce qui n'est pas pour inspirer confiance.

En attendant, M. Cornil cherche à combiner les effets des autres traitements anti-tuberculeux avec les injections de Koch, en y associant par exemple les injections locales d'huile iodoformée. On pourrait espérer que, grâce à l'inflammation provoquée par la lymphe, l'iodoforme pourrait arriver jusqu'aux bacilles contenus dans les nodules tuberculeux et où ils sont ordinairement inaccessibles par suite de l'obstruction des vaisseaux par les coagulations fibrineuses qui empêchent vraisemblablement les injections antiseptiques d'agir comme elles devraient le faire.

Paul SOLLIER.

La Méthode de Koch à l'Hôpital St-Louis.

Ainsi que nous l'avons annoncé, les médecins de l'hôpital St-Louis, réunis en commission d'étude, ont décidé de traiter en commun, par la méthode de Koch, les différentes formes de la tuberculose cutanée. Dans le service de M. Vidal se trouvent actuellement une trentaine de malades qui sont ainsi traités. La commission avait d'abord décidé de présenter quelques-uns de ces malades à la réunion de la Société de Dermatologie, mais, ainsi que l'a dit M. Vidal, elle a jugé que les résultats obtenus n'étaient pas encore assez précis pour les communiquer. Elle préfère donc attendre et continuer les inoculations. Nous attendrons cette communication pour examiner l'action du liquide de Koch sur les manifestations tégumentaires de la tuberculose. Il est néanmoins possible, en se fondant sur les communications faites à ce sujet (1) sur les quelques cas de lupus inoculés dans différents services de Paris, ainsi que sur les inoculations faites publiquement par les médecins de St-Louis, il est, disons-nous, possible de se faire d'ores et déjà une idée de cette médication. Le liquide de Koch guérira-t-il la tuberculose ? C'est là un point que l'avenir seul pourra résoudre. Ce qui est certain, c'est, pour nous en tenir aux tuberculoses de la peau, qu'il les améliorera. Un lupus ancien, rebelle à tout traitement, ulcéré, tuméfié, ne tarde pas à suppurer abondamment, puis les ulcérations se détergent et la cicatrisation s'effectue. Cette action rapide, cette précision, cette sûreté de touche sont des plus remarquables. Ce n'est pas à dire pour cela qu'il y ait guérison : elle est possible, c'est tout ce qu'on peut dire : il y a une amélioration incontestable de l'état des parties, c'est tout ce qu'à l'heure actuelle on peut affirmer pour certains cas, et ce résultat fût-il le seul, qu'il suffirait à expliquer l'optimisme avec lequel a été accueillie la méthode.

Malheureusement ce n'est pas sans dangers pour le malade qu'on peut espérer atteindre ces résultats heureux, d'où le pessimisme qui, à l'heure présente, semble succéder chez un grand nombre de médecins à l'enthousiasme du début. Aujourd'hui qu'une appréciation plus calme et une façon plus scientifique de procéder permettent de se faire sur la méthode une idée plus juste, on sait que tous les malades ne doivent pas être indistinctement inoculés : on sait qu'il y a des contre-indications formelles, des accidents à redouter, qu'il faut compter notamment avec le cœur et craindre le collapsus. Dans un autre ordre d'idées il semble que cette méthode n'ait pas toute l'importance diagnostique que lui prêtait son auteur ; sans parler, en effet, de la réaction générale, il est certain qu'il se produit des réactions locales dans des affections bien différentes de la tuberculose telles que la lèpre, le cancer, la syphilis, l'eczéma même, tandis que dans des processus tuberculeux évidents cette réaction locale peut faire défaut. Il faut reconnaître, d'autre part, que pour déceler un tubercule caché, une localisation tuberculeuse qui a passé inaperçue, une lésion profonde par exemple, ou minime, cette méthode possède des propriétés véritablement merveilleuses et peut servir de pierre de touche. Il semble bien que dans les affections non tuberculeuses la réaction, lorsqu'elle existe, soit moins franche, mais il suffit qu'elle se puisse montrer pour que sa valeur diagnostique disparaisse.

(1) Voir l'importante communication de M. Thibierge à la *Société de Dermatologie*, p. 484.

© ANM

Quant à l'accoutumance qu'on a signalée, on n'est pas encore fixé à cet égard. Dans la majorité de cas les réactions générale et locale sont certainement moins intenses à chaque inoculation successive, mais elles ont pu aussi être plus énergiques comme s'il y avait accumulation dans l'organisme et cela alors que tous les phénomènes déterminés par une première injection avaient disparu.

M. Péan continue les inoculations et il a consacré sa leçon de samedi dernier à présenter les malades qu'il avait inoculés les semaines précédentes. Depuis lors, il y a eu dans son service un cas de mort par collapsus, chez un malade qui avait été déjà inoculé.

D'après M. Péan, à la date du 6 décembre, les résultats étaient des plus satisfaisants ; en voici quelques exemples. Chez un coxalgique, l'œdème a disparu : une deuxième injection a amené un temps d'arrêt, puis une diminution de la lésion. L'appétit s'est relevé ; il y a une amélioration notable. Chez un deuxième coxalgique qui non seulement ne guérissait pas, mais qui avait même des eschares, il se fit dès le second jour des modifications du côté de l'eschare qui se cicatrisa : du côté des lésions tuberculeuses, le pus est devenu plus crémeux, les ulcérations ont bon aspect, le décollement a disparu : il y a une amélioration évidente.

Chez la malade atteinte de synovite tuberculeuse du pied, la plaie qui était stationnaire se cicatrise avec une rapidité surprenante. Dans un cas de tuberculose ganglionnaire sous-maxillaire, les parties malades sont devenues plus souples et plus nettes. L'action élective du liquide injecté n'est pas douteuse. Une tuberculose du tarse a diminué de volume ; une arthrite tuberculeuse du genou est notablement améliorée. Des abcès froids ont le plus souvent diminué, ou encore il s'est produit un temps d'arrêt dans leur évolution, mais, dans certains cas, il n'y a pas eu de diminution appréciable.

En un mot, chez M. Péan aussi, il y a amélioration notable des lésions locales ; les suppurations tendent à diminuer, les trajets fistuleux à se fermer, les ulcérations à bourgeonner, mais de guérison réelle il n'est pas encore question.

Paul Raymond.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 1er décembre 1890. — Présidence de M. Hermite.

M. Denigès. — *Sur un nouveau procédé pour différencier les taches d'arsenic de celles d'antimoine.* — Ce procédé est basé sur la production de cristaux d'arséniomolybdate d'ammoniaque. Pour cela, les taches fournies par l'appareil de Marsch sont recueillies dans une petite capsule de porcelaine et additionnés de quelques gouttes d'acide azotique pur. Elles se dissolvent instantanément, qu'elles soient formées d'arsenic ou d'antimoine. On fait chauffer pendant quelques instants pour compléter l'oxydation et l'on ajoute aussitôt à la solution chaude quatre ou cinq gouttes de molybdate d'ammoniaque en solution azotique ; il se forme bientôt, même s'il y a des traces d'arsenic (1/50 et jusqu'à 1/100 de milligramme), un précipité jaune qu'on examinera au microscope. On reconnaitra les formes d'étoiles à branches triangulaires, généralement au nombre de 6 et disposées dans des plans rectangulaires, selon les axes d'un cube En outre, ces cristaux apparaissent d'une manière fort nette au microscope polarisant quand l'analyseur et le polariseur sont à l'extinction. L'antimoine ne donne rien d'analogue avec le réactif molybdique. Cette réaction de l'arsenic est des plus sensibles et très facile à produire.

M.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 6 décembre 1890. — Présidence de M. Chauveau.

M. Féré.—*Sur les rapports qui existent entre l'énergie et la rapidité des mouvements volontaires.* — Chez les bègues, on trouve, en mesurant les mouvements de la langue, une faiblesse considérable de l'organe, en même temps qu'une lenteur très grande. M. Féré a trouvé à Bicêtre un infirmier qui était bègue autrefois et qui maintenant ne présente plus que des pauses quand il veut parler un peu vite. En exerçant les mouvements de la langue par le procédé bien connu de la bille d'ivoire, remplaçant les cailloux de Démosthène, on a pu constater que la faiblesse de l'organe diminuait, et, en même temps, la stabilité augmentait, les suspensions qui coupaient sa conversation ou sa lecture sont tombées, comme durée, de 25 secondes à 2 secondes. Il faut tenir compte des résultats de cette gymnastique dans l'éducation des sourds-muets, par exemple, où la force des mouvements de la langue ne fait l'objet d'aucune étude.

M. Quinquaud dépose une note de M. Schmidt, de Nancy, sur les *composés du chloral avec les camphres* et leur action sur les animaux. Le camphre relève la tension artérielle, et l'on peut atténuer, grâce à ces combinaisons, l'action dépressive du chloral. Le menthylate de chloral est de tous les corps essayés celui dans lequel l'action du chloral se trouve le mieux compensée.

M. Laborde montre le *cerveau d'un lapin* qu'il a présenté dans l'une des dernières séances, et chez lequel la maladie pyocyanique avait produit des lésions rattachées au point d'émergence des pédoncules cérébelleux. On trouve, en effet, une hémorrhagie au point indiqué, d'après les symptômes présentés par l'animal.

M. Féré montre un lapin qui présente une éruption croûteuse de l'oreille, causée par un acarien, le *Psoroptes communis*. Cette maladie est très contagieuse entre lapins ; elle a été étudiée autrefois par Delafond. Pour désinfecter un clapier, il suffit, d'après M. Mégnin, de le laver à l'eau bouillante.

M. Fabre-Domergue expose une note sur l'existence de canaux contractiles et d'une véritable bouche chez certains *Infusoires ciliés* de très grande taille. Cette bouche est distincte d'une autre ouverture qui est l'anus.

M. Pouchet a retrouvé dans les auteurs anciens la relation de deux échouages de Cétacés en Europe au moyen âge. Ces deux cas complètent le catalogue des échouages de Cétacés.

M. Bonnier dépose une note de M. Jumelle sur la *vie des lichens* et les échanges gazeux qui se produisent entre les lichens et l'air atmosphérique. Ces échanges sont d'autant plus intenses que l'air est plus humide. Le froid et le soleil en desséchant les lichens les ralentissent. On sait que le lichen est composé de deux végétaux : une algue à chlorophyle et un champignon. L'algue fixe toujours assez de carbone pour assurer la vie de l'association ; ce qui explique que le lichen puisse vivre sur des murs ou des pierres qui ne lui fournissent pas d'aliments.

Alex. Pilliet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 9 décembre 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

M. Rousset lit un travail sur *les causes de la dépopulation de la France.* — Il attribue la décroissance de la natalité à l'affaiblissement des notions de morale et de l'esprit de famille, au relèvement desquelles il attache plus d'importance qu'aux différentes lois qu'on propose. Il rappelle ensuite que l'exécution sérieuse de la loi qui porte son nom diminuerait considérablement la mortalité des enfants du premier âge. Il pense que les dépenses du service de protection de l'enfance devraient être comprises dans les dépenses du service obligatoire par les budgets départementaux.

M. Lagneau revient sur quelques points traités par les précédents orateurs.

M. Moissan lit un travail sur *la présence du plomb dans l'Eau dite de Seltz*, dans lequel il démontre que tous les échantillons d'eau de Seltz contiennent du plomb en quantité variable de 0 gr. 0009 à 0 gr. 0028 par litre. Le plomb

© ANM

provient à la fois de l'étamage défectueux des appareils et de l'alliage contenant trop de plomb employé pour la fabrication des têtes de siphon. Il est donc dangereux, au point de vue de l'hygiène, de faire un usage continu d'une eau contenant souvent 2 milligrammes par litre de plomb métallique.

M. Chatin ayant, il y a 35 ans déjà, signalé cet inconvénient, est arrivé à ce que les tubes de métal plongeant dans le liquide soient remplacés par des tubes de verre.

M. Motais (d'Angers) lit un travail *sur la myopie chez les grands fauves*. Il a constaté que les animaux nés dans les ménageries sont tous myopes au lieu d'être hypermétropes comme ceux qui vivent à l'état sauvage, parce qu'ils sont soumis très jeunes et d'une façon continuelle à la vision rapprochée. Cette myopie des fauves, comme celle des enfants, n'est donc qu'une conséquence de la loi d'adaptation de nos organes aux fonctions qu'ils exercent habituellement.

M. Boisseau du Rocher (de Paris) fait une communication sur la *franklinisation interne dans la neurasthénie*. Son nouveau procédé repose sur la théorie des condensateurs et les expériences de Faradey et de Matteucci. Il donne d'excellents résultats dans la dilatation de l'estomac, en désinfectant l'organe par l'ozone qui est produite, et d'autre part en excitant les sécrétions. Mais il a surtout l'avantage de faire prénétrer au sein même des tissus l'effluve électrique, de façon à maintenir ceux-ci à leur limite de charge sous une pression électrique constante, seul moyen de rétablir l'équilibre du système nerveux, et d'agir efficacement contre la neurasthénie.

Élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie médicale. Sur 75 votants, M. Dieulafoy obtient 49 voix (élu) ; M. Kelsch, 19 ; M. Duguet, 4 ; M. Laudouzy, 1. 2 bulletins blancs.

P. Sollier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 10 décembre 1890. — Présidence de M. Terrier.

M. Terrier dépose une note de M. de Vlaccos (Metelin, Turquie), ayant trait à une *hystéropexie suivie de grossesse*.

M. Pozzi, à propos du procès-verbal, ajoute à sa communication de la précédente séance sur les *Pyosalpinx*, les remarques suivantes. La *fièvre* n'est pas une contre-indication à l'opération. On peut très bien opérer en pleine fièvre. Celle-ci est d'ailleurs attribuable presque toujours, non pas au pyosalpinx, mais à la périmétro-salpingite aiguë, greffée sur l'inflammation ancienne. Plusieurs de ses observations le démontrent. D'autre part, dans les cas où il n'y a pas d'élévation de température, mais cependant des *phénomènes péritonitiques*, il faut encore opérer. Il est intervenu plusieurs fois en pleine péritonite. Ainsi, la période intra-fébrile et intra-péritonitique des pyosalpinx ne sont pas des contre-indications à la laparotomie. En ce qui concerne les abcès pelviens, il ne fait la laparotomie sous-péritonéale que quand on ne peut faire autrement (cas très graves, etc.). L'incision vaginale par la méthode de Laroyenne (Lyon) n'est pas défendable dans la majorité des cas; c'est une opération qui presque toujours sera incomplète.

M. Routier lit un rapport sur une observation de M. Ricard : *Kyste dermoïde de la région ovarienne droite*. Il s'agit d'une femme de 24 ans qui entra à l'hôpital avec des accidents d'étranglement. Sans diagnostic ferme, M. Ricard ouvrit cependant l'abdomen. Il trouva une masse blanchâtre, nacrée, d'aspect cartilagineux, entourée par des intestins adhérents. Il s'agissait d'un kyste dermoïde, sans poils ; mais l'*ovaire de ce côté était sain*. Aussi M. Ricard, ne sachant d'où peut provenir ce kyste, l'a-t-il simplement dénommé kyste de la région ovarienne (1). M. Routier se demande à quoi étaient dus les accidents d'étranglement observés, puisqu'il n'y avait ici ni torsion du pédicule du kyste ni péritonite bien manifeste. Peut-être faut-il admettre, avec M. Ricard, que les intestins avaient pu s'étrangler dans une poche constituée par des adhérences. L'obstacle aurait été levé au cours de la laparotomie. D'après M. Routier, ce fait montre une fois de plus que quand le diagnostic est douteux il faut faire la laparotomie.

M. Berger. — Souvent, lors d'accidents d'étranglement, on ne sait vraiment pas à quoi l'on a affaire. En voici un exemple : une femme atteinte d'une hernie ombilicale étranglée depuis 5 jours — hernie peu tendue — présente des phénomènes d'occlusion. On opère. On trouve un volvulus n'ayant pas de rapport avec la hernie. L'autopsie montre, en effet, que l'intestin s'était étranglé autour d'une bride fibreuse allant du mésentère à un gros fibrome utérin. Il y a d'autres observations analogues déjà publiées.

M. Bouilly. — Dans presque tous les cas de tumeur abdominale s'accompagnant d'accidents d'occlusion, il faut songer à un troisième élément : la péritonite. Rarement les phénomènes graves sont dus à la compression directe de l'intestin : la masse intestinale s'accommode très bien du développement de la plupart des tumeurs de l'abdomen. En tous cas, quand on fait une laparotomie dans des cas analogues, il faut songer à cette éventualité.

M. Routier rappelle qu'il a opéré plusieurs sujets atteints d'étranglement; deux fois il n'a pu trouver, le ventre ouvert, la cause de cet étranglement.

M. Segond fait un rapport sur un nouveau procédé de *désarticulation de l'épaule*, dû à M. Felizet, qui l'a employé 4 fois depuis 1884. Dans ce procédé, la cicatrice est très bien placée et on a un bon moignon. On opère ainsi : Ecartement du bras malade. Incision dans le creux de l'aisselle, comme pour la ligature de l'axillaire. Ligature double de cette artère et section du vaisseau entre deux fils, au-dessous de la naissance des circonflexes. Dessin de la raquette à la base du bras; elle a la forme en anneau passant au niveau de la partie la plus inférieure des insertions du deltoïde. Dissection de la valve, de bas en haut, en rasant le squelette, valve qui constitue le moignon de l'épaule. Section de la capsule le plus bas possible. Désarticulation. Suture ; drain à la partie inférieure, à la queue de la raquette. En somme, il s'agit d'une raquette à manche interne, et dont la queue est dans l'aisselle. Ce procédé a donné à son auteur d'excellents résultats. Le procédé classique, quand la plaie ne suppure pas, malgré l'existence d'une cicatrice verticale, vaut peut-être autant que le procédé de M. Felizet, car le moignon peut très bien supporter un appareil prothétique ; mais il l'emporte sûrement par sa plus grande facilité d'exécution. Il n'est pas facile, en effet, de décalotter l'épaulette musculo-cutanée de M. Felizet ; quoi qu'il en soit, ce chirurgien a opéré ainsi 2 fois pour des ostéo-arthrites de l'épaule et 2 fois pour des traumastimes du bras.

M. Quénu. — *A priori*, le procédé de M. Felizet paraît, en effet, d'une exécution plus difficile que le procédé classique. Mais le volet externe qu'il faut décoller doit être fort gênant, lors de la désarticulation pour tumeur blanche de l'épaule, car, dans ces cas, on a souvent besoin de gratter la cavité glénoïde. La cicatrice du procédé ordinaire, si la plaie n'a pas suppuré, n'est pas du tout gênante.

M. Brun fait un rapport sur une observation de M. Boursier : *Rupture ancienne de l'urèthre. Cathétérisme rétrograde*. — Il s'agit d'un homme ayant eu jadis, à la suite d'une fracture du bassin, une rupture de l'urèthre et de l'infiltration d'urine. Cet homme, porteur de fistules urinaires périnéales fort nombreuses depuis 5 ans, subit en vain une uréthrotomie externe, qu'on ne put d'ailleurs mener à bien. On dut alors songer au cathétérisme rétrograde par la taille hypogastrique. M. Boursier ne siphona pas la vessie, mais laissa ouverte la plaie sus-pubienne. Il est vrai qu'il n'eut pas à s'en louer. Guérison au bout de 2 mois 1/2.

M. Routier présente un malade chez lequel il a fait une *restauration complète de la voûte palatine*.

M. Picqué montre un *spina bifida* opéré (enfant de 15 jours) par l'extirpation totale de la poche et un malade chez lequel il a pratiqué une *résection totale de l'astragale*.

Marcel Baudouin.

(1) On nous permettra de rappeler que tout récemment a paru un très intéressant travail de Sœnger sur les *kystes dermoïdes du petit bassin*.

© ANM

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 10 décembre 1890. — PRÉSIDENCE DE M. LABBÉ.

Suite de la discussion sur le traitement de la pleurésie purulente.

M. MOUTARD-MARTIN. — M. Bucquoy a dit que dès qu'on s'aperçoit de la présence du pus dans la poitrine, il faut faire l'opération de l'empyème. Dans certains cas de pleurésie aiguë purulente d'emblée, il ne faut pas opérer. Dans 2 cas, j'ai pu diagnostiquer la pleurésie purulente aiguë d'emblée; j'ai fait, vers le 3e jour, une ponction : il est sorti du pus bien lié et la pleurésie a guéri en une semaine. Il se forme là du pus d'abcès et la pleurésie guérit comme un abcès chaud. Si, dans ces cas, la pleurésie se reproduisait, il faudrait opérer.

M. LABBÉ. — M. Netter serait heureux de connaître ces faits, car ils rentrent dans les cas de pleurésie à pneumocoques guérissant rapidement, sans empyème.

M. MOUTARD-MARTIN. — Ces cas-là ne sont pas rares. Chez un autre malade, vu par M. Lefort et moi, une ponction a donné issue à du pus et la pleurésie ne s'est pas reproduite.

M. VOGT lit une *note sur quelques considérations peu connues de la franklinisation ou électrothérapie statique.* — Le malade est isolé et mis en communication avec une machine électrique statique. Il reçoit une influence générale de l'électrisation statique. Il ne faut pas faire durer longtemps les séances, ce qui produirait des céphalalgies, des insomnies. On fait jaillir du corps du malade des étincelles, au moyen d'excitation. Nous l'employons dans l'anémie, le rhumatisme musculaire, le rhumatisme articulaire chronique. L'amélioration le montre vers la 7e ou 8e séance. Elle a encore comme indication : la goutte, le diabète, la chloro-anémie. L'électricité statique aurait une action générale sur l'organisme, faciliterait les échanges et établirait la balance entre l'apport et la dépense.

M. C. PAUL présente une compresse destinée à obtenir les différentes actions faibles ou fortes de la teinture d'iode et régulariser cette action. Elle a été inventée par M. Jouy, pharmacien.

Discussion du rapport de M. Bardet, sur les transformations à apporter aux statuts de la Société.

A. RAOULT.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS.

Séance du 2 déc. 1890 (1). — PRÉSIDENCE DE M. PARINAUD.

M. GALEZOWSZI. — *Du diagnostic de l'Astigmatisme irrégulier et de sa correction à l'aide des verres cylindro-coniques.* — Je veux vous entretenir aujourd'hui de cette variété particulière de conformation anormale de l'œil que nous appelons : Astigmatisme irrégulier. Les moyens dont on se servait pour définir le degré de diminution de l'acuité visuelle dans les yeux astigmatiques étaient insuffisants. Les verres sphériques ou cylindriques simples ou combinés ne pouvaient rendre la vision normale des yeux astigmatiques irréguliers que d'une manière très incomplète. On a voulu expliquer l'astigmatisme irrégulier par la modification de la courbure de la cornée dans le kératocone. D'autres ont prétendu que l'astigmatisme irrégulier provenait de ce que le centre de courbure de la cornée formait un foyer dans une direction et le centre du cristallin dans une autre, et que le cristallin n'était pas placé parallèlement à la surface de la cornée. Le Dr Martin ajoutait, au Congrès du 8 mai tenu à Paris, que ces yeux étaient atteints d'une *amblyopie astigmatique.* Dans mes recherches successives faites à ce sujet, j'ai démontré qu'en se servant d'un trou sténopéique et d'une *très petite fente*, on corrigeait la vision de ces yeux. A l'examen ophtalmoscopique à l'image droite ou renversée, j'avais aperçu la papille en forme de poire, ce qui m'avait fait penser qu'on devait pouvoir corriger la vue de ces yeux à l'aide des verres taillés d'une façon spéciale et rendre la forme ronde à cette papille allongée. J'ai cherché des verres pareils dans le commerce et ne les ai point trouvés. C'est alors que j'ai fait construire par mon excellent ami, M. PEUCHOT, opticien, des verres détachés d'un cône tronqué parallèlement à son angle d'ouverture et présentant d'un côté une surface plane et de l'autre une forme cylindrique, avec formation de foyers différents. A l'aide de ces verres, nous avons pu corriger la vision dans plus d'une dizaine de cas d'astigmatisme irrégulier soit congénital, soit produit par des taies ou des décentrations de la cornée, là où les verres cylindriques ou sphériques n'avaient amené aucune amélioration. Chez un malade que j'ai amené ici, j'ai guéri le décollement de la rétine par une suture avec le catgut et ensuite par une extraction de la cataracte qui se développa depuis. La vision centrale n'a pu être corrigée qu'à l'aide des verres cylindro-coniques combinés avec les verres sphériques et le malade a pu après lire les caractères n° + 3 de l'échelle typographique.

M. DE WECKER. — L'astigmatisme irrégulier est dans la grande majorité des cas acquis et dépendant d'irrégularités de courbure de la cornée. Une chose tout à fait surprenante est de vouloir étudier l'astigmatisme irrégulier non avec la kératoscopie, mais avec l'ophtalmoscope. L'application des cônes à la correction de l'astigmatisme irrégulier, que nous annonce M. Galezowski, ressemble à sa découverte du débridement circulaire du segment postérieur de l'œil, car il est connu que Rœhlmann a depuis des années corrigé le staphylome conique et l'astigmatisme irrégulier qui s'y adjoint par des *verres paraboliques* et depuis des années nous prescrivons pour l'astigmatisme irrégulier la combinaison de cylindres de cônes et de verres sphériques. Qui ne prescrit actuellement pour les opérés de cataracte de simples verres sphériques et n'y ajoute pas des cylindres et au besoin des cônes? D'autre part, je ne crois pas qu'on puisse dissocier la conicité et l'astigmatisme irrégulier de la cornée; celui qui corrige cette affection par les verres coniques est forcément aussi conduit à la correction de l'astigmatisme joint au kératocone, ou isolé, par les verres coniques.

M. GALEZOWSKI. — Il n'y a rien de commun entre l'astigmatisme irrégulier et le kératocone. Après l'opération de la cataracte, j'ai cherché à corriger les déformations de la cornée par l'emploi de verres cylindro-coniques, et, d'autre part, je n'ai jamais exclu l'emploi du cylindre. Dans les cas où l'astigmatisme date de l'enfance, la kératoscopie ne fournit pas de résultat, tandis que l'ophtalmoscope est utile. Je tiens à séparer le staphylome pellucide de l'astigmatisme irrégulier. Je n'emploie, dans ce cas, mes nouveaux verres qu'après l'opération dont je vous ai déjà parlé. Je ne puis croire qu'après avoir lu mon travail sur ce sujet et entendu ma communication on puisse établir le rapprochement entre les verres concaves, en forme de parabole, préconisés par M. de Wecker et les sections de cône tronqué que je vous présente.

M. MASSELON. — A l'aide du kératoscope carré, on a des indications plus nettes. Dans l'astigmatisme irrégulier, il forme un rectangle, et par le déplacement l'image devient nette et carrée. A ce moment, on arrive à travers la correction qui est indiquée par une échelle placée derrière l'instrument.

M. MASSELON. — *Sur la monture des lunettes; un ophtalmostatomètre.* — Une prescription soigneuse de lunettes doit mentionner l'écartement à donner aux centres optiques des verres, la hauteur du nez, la largeur des tempes et la distance des oreilles. La hauteur du nez doit être mesurée à partir d'une ligne réunissant le centre des pupilles, pour la *vision éloignée.* Dans la vision rapprochée on devra tenir le centre des verres à cinq ou six millimètres environ plus bas que la hauteur du nez. Pour remédier aux nombreux inconvénients d'un mauvais centrage de lunettes, M. Masselon a fait construire par M. Bauzendrofier un *ophtalmostatomètre.* L'appareil comprend deux instruments distincts. Le plus important, celui destiné à mesurer l'écartement des centres pupillaires (*Fig.* 55,1), consiste en une planchette de 30 centimètres

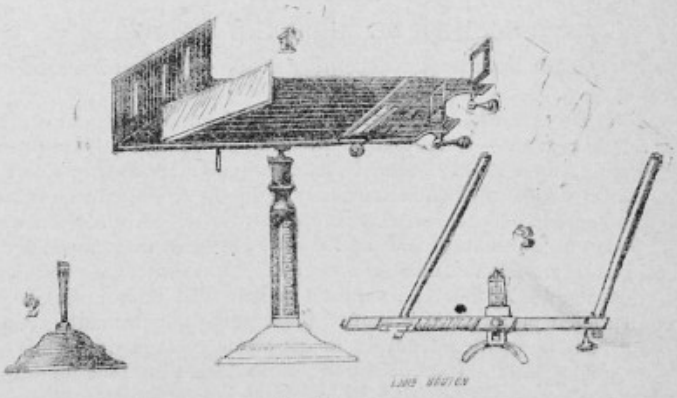


Fig. 55.

de longueur, portant à une extrémité un diaphragme muni de trois fentes verticales, une centrale et deux latérales, et à l'autre deux petits boutons que l'on applique sur les rebords orbitaires inférieurs du patient. Au voisinage de cette dernière extrémité se

(1) Voir *Progrès médical*, n° 50.

© ANM

trouvent à droite et à gauche deux cadres munis d'un crin blanc tendu verticalement. L'un de ces cadres est fixe, mais l'autre est mobile, de manière à ce que l'on puisse amener, à l'aide d'une vis, chacun de ces crins au-devant du centre de la pupille correspondante. On lit alors sur une échelle l'écartement des pupilles. Pour la *vision éloignée*, on se sert de la glace dont est muni l'instrument, en l'inclinant de façon à ce que le sujet puisse fixer un objet éloigné situé derrière lui, la lumière d'une lampe au besoin, et l'on vise successivement le centre de chaque pupille par la fente latérale correspondante. Pour la *vision rapprochée*, on retourne la glace, et le sujet prend comme point de fixation le petit disque que porte le dos de cette glace, tandis que l'observateur utilise alors la fente centrale comme unique point de visée. Un pied (*Fig.* 55, 2) peut servir à recevoir le manche qui porte la planchette et que, pendant l'observation, on tient de la main gauche, tandis que de la droite on fait agir la vis destinée à déplacer le crin du cadre mobile. Le second instrument (*Fig.* 55, 3), formé d'une lame transversale graduée et munie de deux branches, dont l'une est mobile, sert à mesurer l'écartement maximum des tempes. La division que porte la branche mobile permet d'indiquer l'emplacement des oreilles. Connaissant le diamètre bi-temporal et la place occupée par les oreilles, l'opticien pourra aisément trouver une monture dont les branches présentent une longueur et un ressort convenables pour arriver jusqu'aux oreilles et pour bien embrasser, en la pressant, la tête du sujet. Enfin, sur la lame transversale, se trouve une tige mobile et divisée pour mesurer la hauteur du nez au-dessous d'une ligne réunissant les centres pupillaires dans le regard direct, c'est-à-dire dirigé horizontalement, alors que le sujet tient sa tête parfaitement droite.

M. VIGNES rappelle qu'il a publié dans les Archives de M. Panas une note où il a indiqué de combien il faut déplacer, par rapport au plan médian, le centre du verre correcteur choisi dans le parallélisme des lignes visuelles pour que l'amétropie soit rigoureusement corrigée pour le travail à courte distance. La décentration à prescrire varie avec la grandeur de la ligne de base et la position des centres de rotation. Comme la position des lignes visuelles et des lignes de regard est très voisine, on peut exprimer la longueur de la ligne de base par la distance des lignes visuelles parallèles. Pour obtenir cette dernière, M. Vignes s'est servi depuis deux ans d'un petit instrument qui consiste en deux cylindres creux réunis par une tige horizontale à écartement variable en donnant à l'instrument une forme en H. Exactement parallèles, ces cylindres sont obturés et percés d'un seul trou sténopéique aux deux extrémités de leur axe. Un de ces trous est muni d'un verre bleu, de façon qu'un œil reçoit un petit faisceau de lumière bleue et l'autre de lumière blanche. Si, à travers ce système de tubes, on regarde un objet situé à l'infini, on ne peut le voir binoculairement que si les lignes visées ont une direction parallèle identique à celle des axes des tubes. On est averti que cette correction est réalisée par une sensation visuelle azurée. Il reste à mesurer leur écartement des axes des cylindres pour avoir la distance des lignes visuelles en parallélisme et en retrancher pour la vision de près la valeur déjà indiquée ailleurs. Le procédé purement objectif de M. Masselon peut, suivant la grandeur de l'angle γ ou mieux de l'angle formé, la ligne visuelle et l'axe optique passant par le centre pupillaire, donner un écart qui n'est pas celui des lignes visuelles. L'erreur tenant à cette cause peut en certains cas annuler, dans d'autres outrepasser la décentration que réclame l'angle de convergence. KOENIG.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE.

Séance du lundi 8 décembre 1890. — PRÉSIDENCE DE M. BROUARDEL.

M. CONSTANT. — *La lymphe de Koch considérée comme remède secret.* — Il soulève la question posée déjà dans la presse médicale par M. le Pr Cornil (1), et se demande si nous avons le droit de faire des injections avec la lymphe de Koch, qui constitue un remède secret. Le médecin qui pratique ces injections s'expose non seulement à des poursuites civiles, mais aussi à des poursuites pénales dans le cas où la lymphe injectée produirait des accidents mortels. Comme le cas s'est déjà présenté, le praticien pourrait être accusé d'homicide par imprudence. Un autre côté médico-légal de la question, c'est la détention par le médecin d'un remède secret, et le décret de 1856 ne définit pas, d'une façon positive, si le fait de la distribution d'un médicament par un médecin dans un but expérimental constitue une contravention.

(1) Voir un intéressant article sur ce sujet dans le dernier numéro de la *Semaine médicale*.

M. BROUARDEL fait remarquer que la découverte de Koch a une importance scientifique énorme et qu'il serait singulier de voir la législation française s'opposer à une expérimentation, qui est légalement admise dans beaucoup d'autres pays. Il reconnaît cependant que la question est fort complexe au point de vue médico-légal, et il propose de nommer une commission qui sera chargée de trouver un moyen légal qui permettra à tout médecin de pratiquer honnêtement ces expériences.

M. COUTAGNE (de Lyon). — *Déchirure de la rate dans un cas d'infanticide.* — Il rapporte l'observation d'un enfant âgé de 8 jours qui a été précipité par sa mère d'un lieu élevé. L'autopsie médico-légale a permis de constater une fracture par enfoncement des deux pariétaux, avec une hémorrhagie diffuse au-dessous ; dans la cavité abdominale, M. Coutagne a trouvé une déchirure de la rate, dont les deux faces interne et externe étaient profondément intéressées ; sur le rein correspondant existaient plusieurs ecchymoses superficielles ; le foie était sain. La rate avait dans ce cas un volume exceptionnel : elle pesait 17 grammes, quand le poids moyen est à cet âge de 8 gr. 1/2. Le mécanisme de cette déchirure est la précipitation d'un lieu très élevé avec compression de la rate contre la colonne vertébrale.

M. VIBERT convient que les déchirures de la rate chez les nouveau-nés sont très rares, mais chez les adultes cette lésion se rencontre plus souvent.

M. COUTAGNE pense que la rupture de la rate chez les adultes est rarement isolée ; elle s'accompagnerait, d'après lui, presque toujours de fracture des côtes et des lésions d'autres organes.

M. LAUGIER. — *Accouchement à l'insu de la parturiente.* — Il a observé dernièrement une multipare qui n'avait absolument rien senti pendant le 1/4 d'heure qui a précédé l'accouchement. Prise d'un besoin de défécation, elle était sur le vase quand le fœtus à terme est sorti sans attirer sur lui l'attention de la parturiente.

M. VIBERT rattache ce cas à la catégorie des accouchements précipités, bien connus en médecine légale.

MM. BRIAND, BOUCHEREAU et MASBRENIER ont observé des accouchements de ce genre chez des paralytiques générales et des idiotes. J. ROUBINOVITCH.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE.

Séance du 20 novembre 1890. — PRÉSIDENCE DE M. LABORDE.

M. MARCANO continue ses intéressantes communications sur les *Indiens de l'Amérique du Sud*, en parlant, avec objets ethnographiques à l'appui, des Pierroas de l'Orénoque. Les Pierroas, ainsi que les Guaragibos, leurs voisins, avaient autrefois une extension beaucoup plus grande. C'est dans Humboldt et les récits des missionnaires qu'il faut les étudier à cette époque. Les deux tribus, ennemies irréconciliables avant l'arrivée des Espagnols, tendent à se rapprocher et à se fondre l'une dans l'autre. Les Guaragibos sont plus intelligents et ont des coutumes différentes. Ils roulent leurs morts dans un hamac et les ensevelissent ; tandis que les Pierroas les recouvrent d'une sorte de sarcophage en morceaux d'écorces d'arbres et de lianes. Sur les crânes récoltés dans les cavernes, le sexe est difficile à rétablir. Ces crânes sont plus leptorhiniens et plus dolichocéphales que ceux des cavernes explorées et décrites antérieurement par M. Marcano. Parmi les objets ethnographiques des Pierroas : armes, flèches, ornements, narcotiques, etc., M. HAMY appelle l'attention sur leurs sachets de curare et M. LABORDE fait remarquer que ce curare est un des plus actifs que l'on connaisse. Il y aurait avantage à s'en servir dans les expériences et l'élimination plus facile des éléments étrangers faciliterait l'extraction de la curarine pure, cristallisée.

M. CHARNAY, à propos de la discussion engagée sur la cause et les effets de la dépopulation, rappelle que certaines tribus sauvages pratiquent des *mutilations sexuelles* pour obvier à un excédent de population. Il cite l'hypospadie artificielle observée par Lumholtz en Australie. Parfois, l'anthropophagie se substitue à ce moyen : les enfants supplémentaires sont mangés.

M. LETOURNEAU, qui vient de publier un très remarquable ouvrage sur l'*évolution juridique dans les diverses races humaines*, en présente les conclusions maîtresses. L'idée première

© ANM

du sentiment juridique a une origine biologique : c'est un phénomène réflexe. Son argumentation est basée sur des faits physiologiques. Il examine l'automatisme des crimes et la criminalité et la justice chez les animaux. Ce n'est qu'à un certain moment que la floraison biologique de l'idée du droit à travers le règne organique peut recevoir le nom de justice. Nous reviendrons sur cet important ouvrage pour l'analyser en détail.

M. DONNAT insiste sur la prudence avec laquelle on doit procéder dans l'application des réformes légales. La législation est en quelque sorte une codation permanente de phénomènes d'ordre réflexe.

Mme Cl. ROGER ne voit pas quelle différence il peut y avoir entre un sentiment *inné* et *hérité*.

M. SANSON. — On n'hérite pas d'une idée, mais de la sensation provoquant le réflexe. C'est la faculté d'être impressionné.

M. LABORDE ne veut dire qu'un mot sur la production et le mécanisme des réflexes. Quoique d'accord au fond avec M. Letourneau, il estime qu'il a plutôt jugé en psychologue. La sensation, en physiologie, est une impression qui commence et qui n'est pas encore sensation. Le réflexe existe : c'est un phénomène d'excitabilité idéo-musculaire qui est la propriété fonctionnelle des tissus. Il n'y a pas de réflexe quand les nerfs moteur et sensitif sont morts. Le corps de l'exécuté présente, immédiatement après l'exécution, les mouvements en « battement d'ailes. » Non seulement chez des animaux inférieurs, mais encore chez les jeunes mammifères, les chiens par exemple. On peut provoquer les mêmes phénomènes de défense après la décapitation comme chez la grenouille. Amputez une patte à la grenouille et l'autre essaie de faire l'office de l'absente. Une certaine théorie admet la participation fonctionnelle de la moelle épinière à ces mouvements d'adaptation et de coordination qui suivent la décapitation. Ce sont des phénomènes intéressants sur lesquels nous ne sommes qu'imparfaitement édifiés. L'action réflexe telle qu'on la comprend en physiologie demande pour se produire une sensation centripède par un nerf et une réaction musculaire par voie centrifuge.

M. FAUVELLE présente un crâne incomplet recueilli près d'Avignon, avec indice céphalique de 86.85 et une grande capacité cranienne.

M. COLLIN présente une collection de silex et d'objets préhistoriques récoltée dans un « puits » près de Champigneules. Discussion : MM. CAPITAN, A. de MORTILLET, SIMONI.

Séance du 4 Décembre. — PRÉSIDENCE DE M. LABORDE.

M. LEJARS fait une communication sur un cas *de malformation polydactylique accompagnée d'infantilisme et d'atrophie des nerfs optiques.*

M. J. BERTILLON présente des photographies d'un polydactylique de l'auriculaire presque identique au cas précité et qu'il a observé dans son service. Ascendants : sœur de la grand'mère a 2 pouces aux mains ; cousin germain, 6 doigts au pied.

M. BÉRANGER fait une communication sur les *coutumes superstitieuses en Provence.* Une superstition des plus vieilles et des plus répandues veut que l'enfant passé par la fente d'un chêne fendu intentionnellement ou d'autres arbres, guérisse de la hernie ainsi que de diverses autres maladies dont quelques-unes chroniques. Pour que la guérison ait lieu, il faut que les deux morceaux fendus se ressoudent. Dans beaucoup de villages, lors de la fête patronale, les mères, pour guérir leurs enfants, les font passer sous la châsse ou placent l'enfant débile à demeure sous la châsse pendant que le prêtre lit l'office. Pour guérir les enfants de la coqueluche, on les fait passer 7 fois sous le ventre d'un âne, en allant de droite à gauche et non en sens inverse, ce qui compromettrait la guérison. Tel âne, renommé pour cette spécialité dans la contrée, appelle les mères et leurs enfants de 60 kilomètres à la ronde. La même superstition du chêne fendu se retrouve dans les Ardennes, en Franche-Comté et dans d'autres parties de la France. Ailleurs la châsse de Saint-Vivan ou Saint-Vivain est particulièrement affectionnée. D'aucuns font passer leurs petits malades à travers les trous des pierres mégalithiques, ou bien les enfants sont placés sur des autels de saints déterminés : saint Pierre, sainte Madeleine, etc. Des faits de ce genre se retrouvent en Asie, en Afrique. Au Caire, par exemple, une mosquée est réputée guérir de maladie celui qui peut passer entre deux de ses colonnes. Ces mêmes colonnes décèlent la vraie ou la fausse dévotion en s'écartant ou se rapprochant suivant l'occurrence. Ne pourrait-on pas considérer certains de ces points comme un symbole du passage de l'enfant par le détroit du bassin de la mère. Ces pratiques, qui prenaient autrefois une grande place dans la religiosité superstitieuse du populaire, ne sont aujourd'hui que des vestiges que la religion a été impuissante à faire disparaître entièrement.

M. LETOURNEAU cite des pratiques analogues pour guérir les enfants de la peur. M. BONNEMÈRE dit, que, dans la commune de St-Mathieu, en Bretagne, un saint futur, ancien curé de la paroisse, guérit les enfants que les mères promènent sur sa tombe. On en emporte souvent de la terre pour servir aux mêmes effets. A St-Gilles-du-Vieux-Marché, le 1er septembre, on amène tous les enfants à l'église, dont ils font le tour, les garçons portant un coq, les filles une poule. Cette coutume se retrouve ailleurs en pays celtique. C'est sans doute un emblème de la virilité désirée. Les volatiles sont ensuite offerts au Saint de l'endroit. On peut les louer à raison de 25 centimes la séance. Ils sont vendus à la fin de la cérémonie, à la criée, autrefois devant l'église, aujourd'hui au pied de l'autel, parce que, dit-on, les amateurs y marchandent moins. M. A. DE MORTILLET cite le passage sous la châsse à Argenteuil, à Modane, etc. M. DIAMANDI signale, en Roumanie, l'existence des arbres du diable où, moyennant trois tours autour de l'arbre, on peut se donner au diable qui, en revanche, octroie force, richesses, etc. M. SANSON signale, comme se rattachant à cet ordre de pratique, les « évangiles » de la Charente-Inférieure, et M. MANOUVRIER rappelle les évangélisations de St-Etienne à Paris.

M. POULALION présente un cas rare d'*ectrodactylie* avec absence de l'auriculaire et du métacarpien correspondant. Il s'agit d'une jeune fille de 23 ans, sans antécédents ni hérédité. Pas d'autres anomalies dans les membres ni les viscères. Il y a bien un vestige de l'auriculaire, mais il n'y a que trois métacarpiens. Le palmaire cutané existe probablement, car on constate une légère adduction de ce vestige. Il faut conclure, non à un arrêt de développement, mais à une absence totale de formation.

M. COLLIN décrit la récolte faite dans un nouveau *foyer néolithique* découvert par M. Boucher, instituteur. On y a trouvé entre autres un gratteur en grès. Ces places sont très rares.

M. MARCANO fait une communication sur les *Indiens Goagires* du Vénézuéla et présente une jeune fille de cette tribu. Il en décrit des caractères anthropologiques et ethnographiques et fait passer sous les yeux de la Société une série d'objets s'y rapportant.

M. MANOUVRIER fait remarquer que le crâne de cette fillette, très précoce, a déjà les formes de l'adulte.

MM. COLLIN et DE MORTILLET parlent, à propos de cette communication, du fruit du *Lecythis urnigera* ou « marmite de singe », et rapprochent la forme de ce produit naturel et utilisé, de la forme de certaines poteries américaines.

M. DONNAT, continuant la discussion engagée à la Société sur la *natalité et la dépopulation en France*, dit que les échanges internationaux de population sont avantageux, si toutefois l'émigration est compensée par une immigration correspondante. Il s'agit de savoir ce que peuvent les lois et les pouvoirs publics pour accroître la population. C'est une grande question. Peuvent-ils créer un remède contre la stérilité? Non, la loi ne peut pas grand'chose, presque rien. Elle peut créer des obstacles à la dépopulation, mais elle ne saurait provoquer le repeuplement de la France. Les législateurs anciens, faisant appel à tous les mobiles, ont essayé de bien des façons à favoriser l'accroissement de la population : témoin la loi Julia à Rome et d'autres analogues en Grèce. Le résultat a été nul ou presque nul. En France, la loi dite des sept enfants, l'exemption d'impôts, sont trop onéreuses pour le budget. Vaut-il la peine de faire sept enfants pour gagner 9 francs par an? La loi serait mauvaise. Nous nous trouvons en face d'un courant général, d'une question de mœurs. On se marie moins qu'autrefois et dans le mariage les deux époux sont complices devant des

© ANM

charges qu'ils estiment au-dessus de leurs forces ; la femme ne veut pas compromettre sa beauté par une maternité répétée, etc. Et ce courant existe un peu partout, même en Amérique, à New-York, par exemple, où l'avortement est pratiqué sur une grande échelle. L'arsenal des lois chez nous est trop bien fourni. Les formalités de mariage sont trop grandes.

La loi qui s'abstient de rechercher le père est une loi détestable et pourtant elle veut tout faire. L'avortement ou la souffrance de l'enfant dans la lutte pour la vie en sont les effets. La femme et les enfants sont souvent à la charge de l'assistance publique. Donc, la suppression de l'enfant ou sa conservation dans des conditions si déplorables diminuent l'accroissement de la population. Les enfants naturels sont dans une situation défavorable vis à-vis du Code civil et cette défaveur s'étend sur la natalité. Si la loi demandait : Quelle est la mère ? la maternité serait plus honorée. Il faut réformer ou combattre les lois de succession actuelles. Les partages entre vifs présentent de grandes difficultés. Il est démontré que les colons sont plus féconds que ceux qui restent. Une fois l'enfant créé, incitez les parents à le conserver. Il intervient là des questions d'hygiène telles que la vaccination et la revaccination obligatoires. La deuxième est-elle bonne? Voyez ce qui se passe en Suisse. Il faut se défier des hygiénistes à outrance et ne pas se baser sur des opinions exclusives pour légiférer à tort et à travers. Ce qu'on a fait jusqu'alors dans certaines circonstances est plutôt ridicule qu'autre chose. La faible natalité trouve sa source tarie dans le courant des mœurs. Le législateur ne doit pas accumuler trop d'obstacles et agir avec bon sens. Il ne suffit pas d'avoir des enfants, il faut encore les conserver. Le Gouvernement doit surtout faciliter la vie à bon marché, diminuer les impôts ou mieux les répartir. Alors, la quantité de vivres et de vie augmentera dans chaque famille.

Discussion : MM. Bordier, Sanson, Hervé.

La Société a constitué son bureau pour 1891 de la façon suivante : Président, M. Laborde ; 1er vice-président, M. Bordier ; 2e vice-prés., M. Ph. Salmon ; secrét. général, M. Letourneau ; secrétaire-adjoint, M. G. Hervé ; secrétaires annuels, MM. Capitan, Ed. Cuyer ; conservateur des collections, M. Ad. de Mortillet ; archiviste, M. C. Issaurat ; trésorier, M. Fauvelle ; commission du publication, MM. Pozzi, Mathias Duval et Hovelacque.

G. Capus.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE.

Séance du 11 décembre 1890. — Présidence de M. Hardy.

M. Hallopeau présente un malade atteint d'un *herpès en cocarde confluent du tronc*. On n'est pas encore fixé sur la place que doivent occuper ces herpès dans le cadre nosologique : les uns les font rentrer dans les érythèmes polymorphes ; d'autres les rapprochent des dermatites herpétiformes de Duhring ; peut-être s'agit-il, au moins pour certains d'entre eux, d'un type morbide distinct. Cette dernière hypothèse peut être soutenue pour le cas que présente M. Hallopeau : l'éruption est nettement caractérisée ; certains herpès sont constitués par quatre cercles bulleux alternant avec autant de cercles érythémateux ; elle est disposée au tronc en vastes placards polycycliques limités par un fin soulèvement bulbeux ; elle diffère des érythèmes polymorphes par le défaut de localisation au niveau des poignets et du cou-de-pied et par les sensations prurigineuses intenses dont elle est le siège : ces caractères la rapprochent au contraire de la dermatite herpétiforme de Duhring ; elle en diffère par l'absence de polymorphisme : il faudrait cependant se rattacher à ce diagnostic et faire de cette variété d'herpès en cocarde une forme de cette maladie si elle passe à l'état chronique, ou s'il continue à se produire à intervalles plus ou moins éloignés, des poussées analogues ou d'autres éruptions bulleuses.

M. Brocq ne trouve pas dans ce cas les localisations de l'herpès iris de Bateman ; il ne s'agit pas pour lui de cette affection. Le prurit, le polymorphisme de ces éruptions circinées le feraient pencher en faveur d'un cas de dermatite de Duhring au début, mais il faut attendre avant de certifier ce diagnostic.

M. Vidal. — Dans l'hydroa de Bazin, il y a des localisations caractéristiques : le dos des mains, les pieds, les genoux, les lèvres. La vésiculation n'est pas périphérique comme dans ce cas, mais centrale. La coloration est le seul phénomène qu'on observe à la périphérie. Il ne faut pas confondre ce cas avec les érythèmes polymorphes hydroïformes. Dans le cas présent, il se rattacherait volontiers à un type rentrant dans les dermatites de Duhring, voisin par exemple de l'herpès généralisé fébrile.

M. Besnier. — Par suite d'un vice de nomenclature, si l'on se borne à envisager ces caractères des vésicule d'herpès, des cercles concentriques, on ne pourra éviter les erreurs. L'herpès iris de Bateman, nom que porte cette affection parce qu'elle se présente en forme de cocarde, n'est pas la seule affection qui revête cet aspect. Il est une maladie, la dermatite prurigineuse polymorphe (de Duhring) qui comme son nom l'indique en présente toutes les formes. Or ici, nombre de caractères lui font croire à cette affection, bien qu'il ne soit pas possible de l'affirmer exactement en l'état actuel de nos connaissances sur ce type morbide.

M. Brocq présente un malade atteint de *sclérodermie du bras*. Il existait une longue bande de sclérodermie sur le bras droit et quelque fût le traitement la maladie continuait à progresser. M. Besnier demanda alors à M. Brocq d'employer chez lui le traitement par l'électrolyse. M. Brocq fit 14 séances d'électrolyse consistent en une douzaine de piqûres à la partie *inférieure* de la plaque. Le courant était de 5 à 10 milliampères pendant 15 à 25 secondes. Il est à remarquer que ce sont les parties *supérieures* de la plaque, celles où n'agissait pas directement l'électrolyse qui se sont améliorées les premières. Dès la première séance, la maladie a été arrêtée dans sa marche envahissante. M. Brocq est loin de considérer la maladie comme guérie, mais il met en relief ces deux faits ; l'amélioration, d'une part, et surtout l'arrêt de la maladie sous l'influence de l'électrolyse.

M. Besnier. — Dans la sclérodermie, il y a deux grandes variétés à distinguer : l'une bénigne à évolution spontanée, favorable, qui disparaît en un, deux ou trois ans, d'elle-même et surtout avec traitement. A cet ordre appartient la morphée, à condition toutefois que la plaque ne siège pas au niveau des surfaces articulaires, à cause des mouvements, de la tension qui en résulte. Il en est une seconde, maligne ; ce sont les sclérodermies en bandes, qui peuvent se prolonger très longtemps. Erasmus Wilson en a vu qui duraient depuis vingt ans. Le cas actuel est de cet ordre : l'affection était envahissante et résistait à tous les traitements locaux : le résultat est très encourageant ; l'application de la méthode mérite d'être tentée dans plusieurs autres affections cutanées qui résistent aux traitements habituels.

M. Thibierge fait une communication sur les *lupus traités à Berlin par la méthode de Koch*. Au début Koch annonçait plutôt l'espoir d'une guérison du lupus que cette guérison même. Plus tard, l'enthousiasme aidant, on annonça hautement cette guérison, mais M. Thibierge fait remarquer que Bergmann, Köhler ne l'ont jamais affirmée. Dans les cas de lupus anciens, rebelles, on obtient par cette méthode des résultats merveilleux : des ulcérations parfois profondes et fongueuses se cicatrisent : cette transformation survient dans un temps très court, alors qu'aucune autre méthode n'eût pu produire de semblables résultats, et, à un examen superficiel, le malade semble guéri, les ulcérations ayant disparu et la peau se nivelant, mais ce serait une erreur de croire à une guérison réelle : les tubercules superficiels seuls ont été modifiés. Dans ces cas, une nouvelle inoculation détermine à nouveau une réaction locale sous l'influence de laquelle les tubercules profonds peuvent même s'ulcérer et suinter. Ces tubercules profonds existent donc encore et pourtant il arrive un moment où, même avec une injection de huit centigrammes, on ne produit plus de réaction. M. Thibierge est de l'avis de M. Haslund : à l'heure actuelle, il n'y a pas de guérison réelle du lupus. Mais il s'en faut de beaucoup que M. Thibierge ne soit pas partisan de la méthode comme on l'a dit. La cicatrisation rapide des ulcérations, la disparition des tuméfactions œdémateuses, de

© ANM

l'éléphantiasis, la production de cicatrices simples, l'action immédiate du médicament montrent bien sa haute valeur incomparable.

M. VIDAL. — Les médecins de Saint-Louis, réunis en commission d'étude, avaient pensé à vous présenter quelques malades traités par la méthode de Koch : les résultats obtenus ne sont pas encore assez manifestes pour qu'il y ait intérêt à faire cette présentation, qui sera différée. Nous avons certainement obtenu des résultats, mais ils ne sont pas encore assez nets : nous ne les publierons que lorsqu'ils seront précis et nous continuerons nos inoculations que chacun pourra suivre tous les matins à l'hôpital Saint-Louis.

MM. BARTHÉLEMY et de ST-GERMAIN font une communication sur *deux variétés de folliculite*. Dans le groupe des folliculites, il y a des distinctions nombreuses à établir. Dans les folliculites généralisées, on peut distinguer deux grandes variétés, deux formes éruptives spéciales que nous appellerons l'acnitis et la folliclis. Laupremière débute sans fièvre, assez brusquement, par l'apparition indolente de cinq à douze saillies sous-cutanées, du volume d'un grain de millet, très dures. Elles n'intéressent le derme que secondairement, vers la fin du huitième jour, et ne dépassent guère le volume d'un petit pois. Si l'on pique ces éléments il en sort une gouttelette d'un pus jaune crémeux : la lésion prend un aspect acnéiforme : quand les croûtes sont tombées, il en résulte une cicatrice déprimée, puis une macule blanchâtre, longtemps persistante. La durée de cet élément est d'un mois en moyenne. C'est trois mois après son début que l'affection est à son apogée : il peut y avoir alors plus de cent vingt éléments éruptifs. La durée de l'affection est d'environ un an. La deuxième variété, folliclis, est une affection chronique qui dure des années : elle se localise aux avant-bras, aux genoux, aux fesses : elle revêt un aspect syphiloïde plutôt qu'acnéiforme. Elle est nettement dermique et plus superficielle que la précédente. Elle semble prendre naissance dans les follicules pileux bien qu'elle diffère de l'acné névrotique.

M. VIDAL lit, au nom de M. Ehlers, une observation de *chancre induré, non suivi d'accidents secondaires*, à l'occasion de laquelle il discute la question de l'excision du chancre.

M. MAURIAC rapporte quelques faits semblables : il en a observé cinq ou six; les malades ont été suivis longtemps : on pourrait croire à des accidents légers, mais il y a des cas incontestables dans lesquels l'infection générale fait défaut. Cela est toutefois exceptionnelle. A propos de l'excision, il a vu, dans un cas où celle-ci avait été faite dans les meilleures conditions, une induration se développer *in situ*, puis l'adénopathie se manifester. Les accidents cutanés secondaires firent défaut, mais quelques papules érosives des lèvres montrèrent que l'infection était réelle; elle fut néanmoins atténuée. Dans un autre cas les accidents cutanés firent encore défaut et la maladie se manifesta par une nécrose du maxillaire. Il pense donc que l'excision est inutile pour prévenir l'infection, mais qu'elle peut empêcher les manifestations immédiates sur la peau et les muqueuses et peut-être atténuer l'infection.

M. BESNIER. — Ces cas dans lesquels un individu infecté reste indemne d'infection syphilitique doivent être soigneusement notés. Nous ne savons pas, en effet, pourquoi les sujets sont réfractaires à l'infection, comme cela se voit chez les animaux; pourquoi le terrain ne se prête pas à la germination syphilitique. Or, ces sujets semblent être plus nombreux qu'on ne le pense, et si, dans un hôpital spécial comme Saint-Louis, on fait le compte des malades qui viennent consulter pour un accident primitif et de ceux qui se présentent pour des accidents de syphilis confirmée, on trouve que le nombre de ces derniers ne répond pas à celui des premiers. Il est beaucoup moindre alors qu'il devrait être au moins égal. Il semble donc qu'il y ait là une atténuation de la syphilis. M. HARDY fait remarquer que les malades s'occupent bien moins des accidents qu'ils ont sur la peau que de leur chancre : en outre les accidents sont souvent si légers que les malades ne viennent pas à l'hôpital pour si peu.

M. MAURIAC fait aussi remarquer que le même individu qui viendra plusieurs fois pour un chancre, ne viendra pas une fois par exemple pour des accidents secondaires. Pour nombre de malades, c'est l'accident primitif qui constitue la vérole : les accidents consécutifs n'ont pas d'importance pour eux.

M. VIDAL lit, au nom de M. Fallen une observation d'*érythème scarlatiniforme consécutif à l'ingestion de pilules de belladone et d'opium*. Consulté par un homme de 52 ans qui toussait, M. Fallen prescrivit une pilule contenant cinq centigrammes d'extrait thébaïque et un centigramme d'extrait de belladone. Deux heures après avoir pris cette pilule, le malade fut pris de démangeaisons, de chaleur, puis les phénomènes se calmèrent, mais revinrent après l'ingestion d'une deuxième pilule. La peau devint alors rouge, d'apparence scarlatiniforme, la température augmenta, la face devint congestionnée, œdémateuse, puis sur la face, sur le tronc apparut de l'exsudation, de la desquamation, etc. Plus tard, les accidents ayant disparu, M. Fallen prescrivit une pilule d'opium de trois centigrammes, sans belladone cette fois. Or les mêmes accidents se reproduisirent et montrèrent que cet érythème scarlatiniforme devait être imputé à l'opium. Paul RAYMOND.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 4 décembre 1890. — PRÉSIDENCE DE MM. PORAK et POLAILLON.

M. DUBUC. — *Lithotritie pour un calcul développé autour d'une portion de sonde en caoutchouc rouge brisée dans la vessie.* — Il rapporte un cas extrêmement intéressant de rupture de sonde en caoutchouc rouge dans la vessie, rupture méconnue et ayant amené la formation d'un calcul phosphatique, dont les débris de caoutchouc représentaient l'axe, et qu'il a extrait par broiement complet. Il attire spécialement l'attention de la Société sur la fréquence de ces ruptures, leur méconnaissance et la friabilité du caoutchouc rouge à la suite de son imprégnation par les concrétions de phosphates ammoniaco-magnésiens.

M. RELIQUET insiste sur la fréquence de ces accidents; il cite plusieurs cas analogues dans lesquels il a employé avec succès pour l'extraction son brise-pierre, et tout en admettant l'emploi des sondes en caoutchouc rouge, il recommande leur surveillance au moment de l'emploi. Il préconise enfin comme contrôle l'examen de l'élasticité sans production de fêlure, surtout au niveau de l'œil de la sonde.

M. BOISSEAU DU ROCHER a eu à opérer plusieurs cas analogues. Il a employé la tige de l'endoscope comme extracteur de fragments de sonde et s'en est toujours bien trouvé; il a déjà publié ce procédé.

M. CAZENAVE DE LA ROCHE. — *Suggestion post-hypnotique; neutralisation de ses effets par les courants continus hétéronomes d'aimants.* — Il raconte l'histoire d'un jeune homme qui, endormi publiquement par un magnétiseur de profession et ayant reçu l'impression d'une suggestion post-hypnotique, fut, le lendemain, à l'heure dite, obligé de se soumettre à la réalisation de cette impression. Mais cette réalisation devant avoir lieu chez un médecin, celui-ci eut l'idée de voir l'effet des courants électro-magnétiques sur les suggestionnés. Il remarqua qu'en approchant un aimant en position hétéronome de la nuque du sujet, l'effet post-hypnotique était suspendu, de sorte que le sujet ne put pendant cette approche réaliser son impression. Aussitôt au contraire l'aimant écarté, cette réalisation se produisit dans son entier.

M. LEY. — *Traitement de Koch.* — De retour de Berlin, il raconte ses impressions de voyage. Il dit en résumé avoir peu observé à Berlin même, mais avoir vu au sanatorium de Falkenstein une série très intéressante d'expériences cliniques. Les données physiologiques de Koch pour sa lymphe sont exactes, mais moins accentuées toutefois qu'on ne paraît le croire. Quant aux résultats thérapeutiques pratiques, ils paraissent très différents selon la forme de la tuberculose traitée. Pour les formes chirurgicales, le traitement paraît nettement réussir; pour les cas pulmonaires, il en est autrement. Ainsi, il a vu de nos confrères de Paris, en traitement à ce sanatorium, maigrir de 7 kilos dans les huit premiers jours d'inoculation, d'une part, et, d'autre part, pour les formes laryngées, il a vu éclater des accidents graves qui ne se seraient peut-être jamais produits, ou en tous cas ne seraient survenus que tardivement sans ces inoculations.

© ANM

M. Ley donne en dernier lieu la traduction qu'il a faite d'une analyse exécutée à Vienne sur la lymphe de Koch.

M. GAUTRELET dit que cette analyse, n'étant pas complète, n'a pas de valeur absolue, quoiqu'elle en ait toutefois une relative. Il la rapproche de l'opinion de Semmola: « que la lymphe de Koch ne serait autre chose qu'une solution de paratoluidine », et il dit que dans les conditions de l'analyse de Vienne, ce serait une solution d'un sel de cette amine dans un sérum naturel.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I.— Traitement de la tuberculose par le remède de Koch.

Nous ne trouvons, dans les journaux allemands, aucun fait nouveau à enregistrer au sujet de l'action thérapeutique de la lymphe de Koch. On est, au contraire, un peu plus circonspect et réservé au sujet des cas de guérison, ou mieux d'amélioration que l'on avait cru observer. Mais le traitement de la tuberculose n'était que le commencement d'une série de découvertes que l'on paraît vouloir exploiter avec une précipitation qui n'a rien de scientifique. Ce sont aujourd'hui MM. Behring et Kitasato, élèves de Koch, qui publient, dans la *Deut. med. Wochenschr.*, un travail sur l'immunité des animaux, pour la diphtérie et le tétanos, obtenue au moyen d'un procédé qui reste également secret. Nous donnons plus loin l'analyse de ce travail ainsi que de celui de Fränkel sur le même sujet.

Un cas de mort à la suite d'une injection de lymphe de Koch.

L'*Internationale Klinische Rundschau*, du 7 décembre, rapporte un cas de mort survenu à Innsbrück à la suite de l'injection de lymphe de Koch, dans les conditions suivantes: il s'agissait d'une jeune fille de 17 ans traitée depuis longtemps pour un lupus de la face. On lui fit le 3 décembre une injection de 2 milligrammes de lymphe. La réaction générale apparut beaucoup plus rapidement que chez 5 autres malades auxquels on avait fait l'injection en même temps. La température s'éleva à 41°,5, les mouvements respiratoires s'accélèrent jusqu'à atteindre le chiffre de 60 par minute. Le pouls devint insensible, la malade perdit connaissance et mourut 36 heures après l'injection avec les signes de paralysie cardiaque. La lymphe provenait du Dr Libbertz, par l'intermédiaire de la mission austro-hongroise envoyée à Berlin. Elle avait été diluée avec toutes les précautions indiquées en présence du directeur de l'hôpital et de plusieurs professeurs. L'injection avait été faite dans la région interscapulaire. L'autopsie n'a pas donné l'explication de la cause de la mort. Celle-ci est d'autant plus inexplicable, que la malade était forte et bien développée, que la dose injectée était relativement peu considérable et que les 5 autres malades traités en même temps, avec la même solution, ont réagi plus ou moins, mais n'ont présenté aucun trouble depuis lors. M.

La Méthode de Koch et la Presse.

Nous lisons dans le dernier n° de la *Province médicale*:

Pour nous, nous n'avons qu'une chose à faire: expérimenter dans des conditions de sévère critique. En considération de Koch, si la méthode, comme il est déjà presque démontré, tenait moins qu'elle ne promettait, nous eussions pu entourer notre désapprobation de formes et de réticences. Aujourd'hui, nous sommes en face d'une entreprise industrielle: la vérité brutale est de mise. Et, peut-être, pourra-t-il arriver cet événement que l'Allemagne ait fait à la fois une mauvaise action et une mauvaise affaire.

Le remède de Koch au Comité consultatif d'Hygiène.

Le Comité, dans sa séance du 8 décembre, a été amené incidemment à examiner le côté légal de l'emploi du remède de Koch, remède secret, contre la Tuberculose. Le Comité n'avait pas à trancher la question. Aussi s'est-il borné à émettre l'avis qu'il y avait un intérêt scientifique à ce que les expériences sur la valeur de ce remède fussent continuées en France. C'est à l'*Académie de médecine* qu'il appartient de se prononcer. M. le Pr Cornil a adressé une lettre à M. Constans, ministre de l'intérieur, lettre qui sera transmise à l'*Académie de médecine*. Cette assemblée donnera son avis sur ce point dans une de ses prochaines séances (1).

II. — Traitement de la diphtérie et du tétanos.

Sur la production de l'immunité pour la diphtérie et le tétanos chez les animaux (Travail du laboratoire de l'Institut d'hygiène du Dr Koch, à Berlin). — MM. Behring et Kitasato sont parvenus à guérir des animaux infectés et à produire l'immunité pour la diphtérie et le tétanos chez les animaux sains. Cette immunité des souris et des lapins pour ces deux affections ne peut pas s'expliquer par les différentes théories admises, la phagocytose, l'accoutumance ou l'état bactéricide; elle est due à une propriété du sérum sanguin qui rend inoffensives les substances toxiques produites par ces deux bacilles. Quant au procédé par lequel on donne au sérum sanguin cette nouvelle propriété, il n'est pas encore dévoilé. Voici les conclusions que Behring et Kitasato tirent de leurs expériences: 1° Le sang du lapin auquel on a confié l'immunité pour le tétanos possède des propriétés destructives pour le poison tétanique; 2° Ces propriétés existent encore dans le sang en dehors des vaisseaux, ainsi que dans le sérum sanguin privé de ses éléments morphologiques; 3° Ces propriétés persistent encore et demeurent actives dans l'organisme d'autres animaux, de telle sorte que par la transfusion de ce sang ou de son sérum on peut obtenir des effets thérapeutiques; 4° Ces propriétés destructives vis-à-vis du poison tétanique font défaut dans le sang des animaux auxquels on n'a pas conféré l'immunité pour le tétanos. Lorsqu'on injecte aux animaux qui n'ont pas été rendus réfractaires le poison tétanique, celui-ci se retrouve dans le sang et dans les différents liquides de l'organisme après la mort. Il en est de même pour le poison diphtéritique. Ces propriétés pourront être utilisées dans le traitement de la diphtérie et du tétanos chez l'homme. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 4 déc. 1890).

Recherches sur la production de l'immunité pour la diphtérie, par C. FRAENKEL, à Königsberg. — Les résultats négatifs auxquels Fränkel est arrivé ont leur intérêt puisqu'ils nous prouvent que la production de l'immunité pour la diphtérie et le tétanos, telle que Behring et Kitasato l'ont réalisée, ne s'obtient pas par les procédés connus, c'est-à-dire par la vaccination à l'aide de cultures atténuées ou de produits solubles des cultures filtrées. L'atténuation proprement dite des cultures de diphtérie n'a jamais été complète; l'atténuation obtenue par l'addition dans les liquides de culture de bichromate de potasse ou de violet de gentiane ne se transmet pas aux générations successives. L'injection de doses propensives de culture filtrée n'augmente que faiblement la résistance de l'animal contre l'inoculation du bacille diphtéritique. Par contre, lorsqu'on chauffe les cultures de diphtérie entre 65° et 70° pendant une heure et qu'on injecte 10 à 20 centimètres cubes de ce liquide à un cobaye, on rend l'animal réfractaire à l'inoculation d'une culture virulente, mais la durée de cette immunité ne dépasse pas 14 jours. Au point de vue thérapeutique, la culture chauffée ne donne aucun résultat. Fränkel admet l'existence de deux substances dans les cultures de diphtérie: l'une toxique, qui est détruite à une température de 55 ou 60°; l'autre, qui a des propriétés vaccinales et qui ne se décompose qu'à une température plus élevée (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 3 déc. 1890).

(1) *Erratum.* — Au lieu de MM. MAGITOT et LUC, lire dans notre correspondance de Berlin du n° 50 (dernière phrase): M. MARITAN (de Marseille).

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret, en date du 25 novembre 1890, sont nommés dans le corps de santé des colonies, avec leur ancien grade et pour prendre rang à la date de leur brevet: au grade de médecin de première classe, M. Gentilhomme, médecin de première classe de la marine. Au grade de médecin de deuxième classe, MM. Delay, Michoud et Bouysson, médecins de deuxième classe de la marine. M. Bourgogne, médecin auxiliaire de deuxième classe de la marine, est promu au grade de médecin de deuxième classe, dans le corps de santé des colonies, pour compter du 1er décembre 1890. — Par décret, en date du 25 novembre 1890, M. le Dr Capuron, ancien aide-médecin auxiliaire de la marine, a été nommé au grade de médecin de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer.

© ANM

CORRESPONDANCE

La Méthode de Koch à Leipzig.

Leipzig, 5 décembre.

Mon cher Directeur,

... A Leipzig, le professeur Curschmann a fait une conférence à la *Société de médecine de Leipzig*, sur le remède du professeur Koch. Le professeur, après avoir expliqué le mode opératoire, les réactions générales qui suivent les injections et enfin les résultats auxquels on est parvenu jusqu'ici, nous a montré une série de malades. Tout cela ne présente plus d'intérêt, les différents cas de Berlin étant publiés depuis quelques temps, car, bien entendu, on ne peut rien dire sur la guérison définitive, pas plus à Leipzig qu'à Berlin, vu le peu de temps écoulé depuis les premières expériences. Les cas qui semblent avoir subi les modifications les plus considérables sont les cas de lupus ou de tuberculose chirurgicale. Le Dr Curschmann nous a aussi montré quelques malades qui avaient reçu l'injection dans un but de diagnostic.

Les feuilles de température qu'on nous a fait passer entre les mains montrent, d'une façon assez nette, la réaction thermique, ascension brusque jusqu'à 40° environ huit à neuf heures après l'injection, et chute moins rapide, mais se faisant encore dans les 24 heures. On croirait, en examinant ces feuilles, assister à une leçon clinique sur l'érysipèle; l'analogie est assez frappante, d'ailleurs. Kaposi, à Vienne a déjà exprimé que les modifications survenues dans les lupus lui semblaient analogues à celles qu'on observe dans pareille cas à la suite d'un érysipèle; Héron, en Angleterre, a eu un malade qui a déclaré que le mieux survenu à la suite d'un érysipèle quelques mois auparavant était semblable à ce qui se passait à la suite d'injections. Aussi, quand on se souvient des travaux d'Emmerich, de Munich, qui a montré que les bactéries du charbon ne pouvaient se développer en présence du micro-organisme de l'éryipèle, travaux récemment repris à l'Institut Pasteur, est-il permis de faire cette hypothèse que le remède secret de Koch contient de la toxine de l'érysipèle? D'ailleurs, j'ai déjà entendu ici émettre cette hypothèse et faire de pareils rapprochements. Inutile de vous dire qu'ici l'enthousiasme est grand, mais plus encore dans le grand public que dans le monde scientifique. En Allemagne comme en France, on voit beaucoup de médecins faire le voyage de Berlin dans le but de raconter dans leur clientèle ou dans les journaux ce qu'ils ont vu, et cela, bien entendu, pour acquérir assez facilement une certaine célébrité (1).

Veuillez agréer, etc. X....

Helianthus annuus. Essence de Cannelle.

Paris, le 23 novembre 1890.

Mon cher Directeur,

Je rencontre dans les journaux une petite note relatant les observations du Dr Filatow (de Moscou) sur les avantages de la substitution de l'Héliotrope au sulfate de quinine, dont elle aurait toutes les propriétés. Il y a là, je crois, une erreur amenée par une similitude de sens du nom de la plante. Ce n'est point de l'*Heliotropium europæum* L. (famille des Borraginées), appelé vulgairement *Tournesol* ou *Herbe de Saint-Fiacre* qu'il s'agit, mais bien de l'*Helianthus annuus* L. (famille des composées) appelé communément *Soleil, Grand Soleil* ou *Tournesol*, à cause d'une prétendue propriété d'avoir une inflorescence « héliotrope ». Le fait est que, depuis fort longtemps, le Soleil est employé comme remède vulgaire par par le peuple en Russie. Ils prennent dans la partie charnue du réceptacle le tissu central à l'endroit où divergent les faisceaux fibro-vasculaires, le font infuser dans de l'alcool et en boivent des petits verres avant les repas, avec, disent-ils, un succès, méritant d'être plus connu et apprécié. On connaît, des fruits de l'*Helianthus*, un acide, l'acide hélianthique $C_{14}H_{9}O_{8}$, et surtout l'huile assez bonne dont on se sert beaucoup en Russie et dans l'Orient. Presque toujours les jeunes filles et garçons de la campagne ont sur eux une provision de graines de soleil qu'ils grignotent à plaisir, comme ils le font des fruits du Pin cembron.

A propos de fièvres paludéennes, on me signale dans les dernières nouvelles que j'ai eues du Turkestan, les résultats remarquablement heureux qu'on obtient en ce moment dans le traitement de toutes les formes à l'hôpital militaire et civil de Marguelane (capitale du Fergana) par les pulvérisations d'*essence de cannelle*. Les cas rebelles au sulfate de quinine et à la médication arsénicale s'amenderaient en quelques jours au point que la malaria, endémique et souvent redoutable par ses formes larvées, ne maintient plus qu'à un faible p. 0/0 et pour une durée très courte le nombre des malades atteints de paludisme. Au moment où j'ai visité cet hôpital (février 1890), ce nombre était de 20 0/0.

Les pulvérisations ont lieu plusieurs fois par jour dans les salles de l'hôpital et ont été reconnues plus efficaces que celles d'essence d'Eucalyptus expérimentées concurremment. Je me borne à vous citer le fait.

Veuillez, etc. G. Capus.

Traitement antiseptique de la furonculose.

Paris, 30 novembre 1890.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Convaincu que les réinoculations successives de furoncles tiennent pour une grande part à la fixation du microbe pathogène dans les vêtements, et à sa résistance aux procédés de lavage ordinaire, je fais porter à l'étuve sèche à vapeur surchauffée, et cela par fournées successives, tout le linge et tous les vêtements du malade, de façon à ce qu'à la fin de la poussée le malade ne possède plus que des vêtements désinfectés. La sévérité la plus minutieuse est nécessaire, car, dans le premier cas traité, j'avais oublié qu'en automne on a continué de reprendre des habits qu'on a laissés tout l'été dans l'armoire, et la furonculose reparut avec les gilets de flanelle. Je crois même qu'on peut expliquer de cette façon le caractère saisonnier des éruptions furonculeuses, accusé par beaucoup de furonculeux.

Je suppose bien, mon cher Directeur, que cette pratique doi être employée déjà par beaucoup de partisans des idées nouvelles, mais je ne crois pas inutile d'attirer sur ce sujet l'attention du public médical dans son entier.

Je regrette de n'avoir pas un plus grand nombre de cas à vous citer, mais tous les trois malades traités ont été absolument débarrassés de leur incommode maladie.

Votre tout dévoué, Dr Vogt.

THÉRAPEUTIQUE

Alimentation des enfants malades.

par M. le Dr E. Toussaint, médecin-inspecteur des enfants.

Les mois de juillet et d'août ont été, cette année, particulièrement nuisibles aux jeunes enfants. Les changements fréquents de température ont amené, chez un bon nombre de mes nourrissons, des troubles digestifs pénibles et persistants.

Après une période de fraîcheur, un jour de grande chaleur, terminé par un orage violent, amenait de véritables perturbations, non seulement chez les enfants élevés au biberon, mais même chez des bébés exclusivement nourris au sein. J'ai perdu, de convulsions internes, dans une soirée orageuse, deux nourrissons au biberon, déjà fatigués de diarrhée verte.

Pendant ces mauvais jours, j'aurais eu certainement à déplorer bien d'autres accidents, si je n'avais, dès le début (en juillet), ordonné à toutes mes nourrices au biberon de diminuer, d'une façon notable, la ration de lait des enfants, et de faire suivre chaque repas d'une cuillerée d'élixir lacto-papaïque, dont voici la formule :

Papaïne pure.	50 centigrammes.
Acide lactique.	2 grammes.
Sirop simple.	50 —
Eau distillée.	150 —
Teinture de vanille	q. s.

(1) Cette remarque de notre correspondant et ami est d'une vérité si frappante qu'il est inutile d'insister.

© ANM

par cuillerées à café, après chaque tétée ou dose de lait.

Cet élixir est vraiment merveilleux par sa double action sur les selles vertes et les grumeaux mal digérés.

Malgré le régime, malgré l'élixir, je n'ai pas réussi à faire tolérer le lait chez tous mes enfants. J'en ai vu une dizaine vomir, chaque jour d'orage, les doses les plus minimes et les plus judicieusement espacées, du lait qu'on leur donnait. J'ai eu recours, pour alimenter ces petits malades, à la *Farine maltée*. Sur ces dix enfants, six ont été plus spécialement indisposés, et j'ai dû les suivre de près pendant le mois d'août surtout. Deux sont morts, comme je l'ai dit, emportés en une crise de convulsions ; sur les quatre autres, deux ont pu supporter un régime neutre composé mi-partie de lait coupé d'eau de Vichy, et mi-partie de *Farine maltée* claire, une cuillerée de farine délayée peu à peu avec quatre cuillerées d'eau bouillante.

Les deux autres, l'enfant L..., âgé de huit mois, et l'enfant B..., âgé de quatre mois, ont été mis, ne pouvant absolument pas digérer le lait de vache, au régime exclusif de la Farine maltée demi-claire, donnée au biberon sans tube ou à la cuillère. Le résultat, dans ces deux derniers cas, a été surprenant. *Pas une seule fois ces enfants n'ont vomi la farine.*

J'avais ordonné d'abord deux petits repas, puis j'en autorisai trois, puis quatre, laissant boire, dans les intervalles, *à peu près à volonté*, de l'eau sucrée fraîche, additionnée de rhum vieux et de blanc d'œuf battu. Le mois d'août se passa, tant bien que mal, les gros orages amenant des rechutes, et, dès le commencement de septembre, tous mes petits malades étaient à peu près remis ; je permis de reprendre le lait de vache qui fut toléré à doses rapidement croissantes.

Parmi mes petits clients élevés au sein, une fillette de sept mois fut prise, en août, de diarrhée glaireuse et verdâtre ; l'élixir lacto-papaïque eut raison d'une première poussée, mais la mère ayant eu un jour la malheureuse idée de faire prendre à l'enfant du *tapioca au gras*, celle-ci fut reprise de diarrhée. Pendant une absence que je fis, une potion au bismuth fut donnée qui coupa net le flux intestinal ; dans la nuit, l'enfant fut prise de convulsions éclamptiques terribles, qu'on calma du mieux que l'on put avec du sirop d'éther. Pendant quatre jours de suite, l'enfant, qui n'allait presque pas à la selle, fut reprise de convulsions. Mise au sein, dans les moments de calme, la pauvre petite mordait cruellement sa mère, se débattait et ne tétait pas. La situation était grave, car l'enfant n'avait pris qu'un peu d'eau sucrée pour toute nourriture ; quand je revins et fus mis au courant des derniers événements, je purgeai l'enfant et lui fis offrir dans la journée de la Farine maltée très claire. La pauvre petite n'était plus que l'ombre d'elle-même ! Elle but avec avidité. Je recommandai de mettre l'enfant au sein deux heures après la farine, et de donner la farine trois heures après le sein. En cinq jours, la malade était complètement rétablie.

J'ai donné la Farine maltée chez plusieurs enfants athrepsiques, notamment chez une petite fille de treize mois, absolument décharnée, et paraissant, quand je l'entrepris, avoir à peine huit jours à vivre. Cette enfant n'est plus reconnaissable aujourd'hui, trois bouillies de *Farine maltée* par jour, avec, comme complément, quelques jaunes d'œufs dans de l'eau sucrée additionnée de rhum, l'ont littéralement transformée. Elle a supporté les chaleurs, les orages, les changements de température, et elle n'a pas eu un seul instant la diarrhée. Elle peut être considérée comme guérie.

La *Farine maltée de Th. Defresne* est donc un aliment d'une digestibilité telle que les enfants, élevés au sein même, la supportent, dans certains cas, mieux que le lait de femme. Pendant les chaleurs de l'été, c'est le succédané du lait le plus recommandable pour les enfants nourris au biberon, dès qu'apparaissent des troubles digestifs.

Enfin, chez les enfants dont les voies digestives ont été détériorées par un sevrage prématuré ou par une nourriture grossière, c'est le remède certain de l'affection gastro-intestinale ; c'est l'aliment qui, le plus rapidement et le plus sûrement, permet aux organes fatigués et enflammés de se remettre, de se refaire et de reprendre le jeu naturel de leurs fonctions.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel technique d'Histologie ; par Ph. Stöhr, traduit par Toupet et Critzmann, avec une préface du Pr Cornil. — Paris, Steinheil, éd., 1890.

Nous possédons, en France, d'excellents traités de technique pure, celui de MM. Henneguy et Boll Lee, par exemple, mais les ouvrages où se trouve expliquée la technique appliquée, au cours d'un exposé méthodique de l'histologie, sont tous composés dans un sens qui rend la portion technique purement accessoire, sauf pourtant le traité magistral de M. Ranvier, qui est trop complet pour être un livre de débutants. L'ouvrage de M. Stöhr présente un mélange à doses très bien calculées de technique et de doctrine. A la suite de la description microscopique de chaque tissu, de chaque organe, vient l'exposé des techniques à suivre, imprimé dans un texte différent, ce qui rend très facile pour l'élève le passage de l'une à l'autre série d'idées. C'est donc un excellent livre de débutants. Les descriptions histologiques y sont précises, mais naturellement courtes, sans discussions, et éclairées par des dessins très clairs. Le livre est divisé en deux parties, une première de technique générale, comprenant le maniement du microscope, les injections, conservations, colorations, etc. ; la seconde d'anatomie microscopique et de technique spéciale, qui comprend tout le programme des études histologiques. Ce qui frappe surtout, dans l'exposé technique, c'est une grande minutie de détails et de petits conseils pratiques, qui ont pour but d'éviter à l'élève tout tâtonnement et tout insuccès. L'auteur n'a pas craint d'être terre à terre parfois, et c'est ce qu'il faut dans un livre de laboratoire. Aussi faut-il remercier ces traducteurs et l'éditeur de nous avoir fait connaître ce spécimen remarquable des livres d'éducation d'outre-Rhin. A. Pilliet.

Le sens auriculaire de l'espace ; par Pierre Bonnier. Thèse de Doctorat, Paris, 1890.

Nous voulons surtout retenir de la thèse de M. P. Bonnier quelques passages de son introduction. L'auteur, dont le goût pour la science pure est visible, élève du Pr Giard, — dont la philosophie est connue —, y a dit avec franchise ce qu'il lui semblait de la façon dont quelques médecins, peu familiarisés avec la mathématique, raisonnent et veulent faire raisonner ceux qu'ils ont mission d'instruire. « On trouvera, dit-il, dans ce travail, un simple essai de dialectique physiologique, *visant plus à détruire des conceptions théoriques trop longtemps accréditées et devenues insuffisantes qu'à créer une théorie vivante.* » C'est là une tendance que nous approuvons fort. Il y a, en effet, en médecine, toute une série d'erreurs que colportent, sans les vérifier et les combattre, les éditions nouvelles des livres classiques. Il est grand temps que les savants de profession mettent un peu le nez dans nos affaires pour railler la façon dont chez nous on interprète parfois certaines données des sciences dites accessoires.

L'analyse de cette thèse, basée sur des faits connus du domaine physiologique mais interprétés d'une façon différente, exigerait de trop longs développements pour être vraiment utile. Nous nous bornerons donc à en citer la conclusion dominante, protestant avec l'auteur contre cet état d'esprit, si habituel dans notre milieu, qu'on a désigné sous le nom d'Anthropocentrisme. On a trop confondu jusqu'ici l'étude du sens de l'audition et du sens de l'espace. L'audition appartient en réalité au sens de l'espace et, dans sa thèse, M. Bonnier nous a montré l'espace qui nous était révélé par l'appareil auriculaire et ses ascendants dans la série organique. Nous souhaitons vivement que ce travail, qui sort de la moyenne, soit apprécié comme il le mérite. M. B.

La Cellule nerveuse. Etudes d'histologie zoologique sur la forme dite myélocyte ; par J. Chatin. Baillière, éd., 1 vol., 1890.

Dans cet intéressant mémoire, l'auteur a étudié, dans toute la série animale, l'élément cellulaire le plus constant du système nerveux, celui qu'on retrouve à tous les degrés de l'é-

© ANM

chelle et auquel M. Ch. Robin accordait une importance primordiale, le myélocyte. Après l'avoir étudié chez les poissons, les linguatules, les vers, les insectes et les crustacés, et montré les variétés de forme que présente cet élément, M. Johannes Chatin conclut que c'est toujours une cellule à prolongements arborisés ou non, que cette cellule ne peut être regardée comme un élément distinct, mais qu'elle ne représente qu'une des nombreuses variétés de la cellule nerveuse. Une planche accompagne ce travail très important au point de vue de la morphologie générale des éléments nerveux comparés chez les invertébrés et chez les vertébrés. A. PILLIET.

VARIA

Le Choléra.

Choléra en Turquie d'Asie. — Le choléra continue à décroître à Antioche. Du 11 au 19 novembre inclusivement, il n'a été procédé qu'à 52 inhumations. Ce n'est plus que de loin que l'on voit dans les rues de ces tisons que, précédemment, l'on rencontrait à chaque pas, sinistres petits tas de bois pour les habitants qui en connaissent la signification. Ce sont, en effet, les restes des bois qui ont servi à faire chauffer l'eau avec laquelle, selon le rite musulman, on lave les morts avant de les ensevelir et qu'on se hâte de jeter à la rue, car la croyance populaire prétend qu'en les conservant chez soi on devra prochainement les rallumer pour la toilette d'un nouveau mort dans la maison. Les nouvelles des villages sont aussi meilleures et, dans beaucoup d'entre eux, on peut considérer l'épidémie comme terminée.

Association des Dames françaises.

Assemblée générale.

La semaine dernière, l'Association des Dames françaises a tenu son assemblée générale dans la salle des fêtes de l'hôtel Continental, sous la présidence d'honneur de Mme Carnot, chaleureusement acclamée par les 1,800 personnes qui remplissaient la salle. Mme la comtesse Foucher de Careil était la présidente effective. Parmi les nombreux invités, nous avons remarqué sur l'estrade Mme l'amirale Jaurès, Mmes Coralie Cahen, chevalier de la Légion d'honneur; Peytral, R. Blanchard, Mlle le Dr Bl. Edwards, etc.; MM. Foucher de Careil, Franck Chauveau, sénateurs; le Dr Dujardin-Beaumetz, représentant le ministre de la guerre; Deschanel, député; Monod, directeur de l'Hygiène et de l'Assistance publiques de France; R. Blanchard, professeur agrégé à la Faculté de médecine; Khuff, président et Ledé, secrétaire de l'Association amicale des médecins de l'armée territoriale, etc., etc.

Mme Foucher de Careil a, dans un charmant discours, retracé ce qu'a fait l'*Association des Dames françaises* (secours de toute nature envoyés à nos soldats du Tonkin, du Sénégal et du Dahomey). Les sommes données pendant l'épidémie de grippe et le zèle des Dames de l'Association, ainsi que des médecins de l'œuvre qui ont organisé dans tous les quartiers de Paris des postes de secours, sont au-dessus de tout éloge et méritent les sympathies du public. Les applaudissements répétés qui ont souligné chacune des périodes du discours de Mme Faucher de Careil ont montré que ses paroles étaient dignes de l'approbation générale.

M. le Dr Duchaussoy, le dévoué secrétaire général, a ensuite pris la parole et a lu le rapport général. Nous engageons vivement nos lecteurs à lire, dans le Bulletin de l'Association des Dames françaises, l'excellent travail de M. Duchaussoy, qui, après avoir retracé ce qui s'est fait, après avoir déploré la perte des membres de l'Association, morts à la tâche, a fait un chaleureux appel à la charité et au patriotisme des femmes en les engageant à ne pas se laisser dépasser par les allemandes, dont chaque comité possède un hôpital. Une souscription, ouverte à cet effet, au siège de l'Association, 24, boulevard des Capucines, vient de donner 100,000 francs; il en faudrait encore autant pour édifier cet hôpital en toile et en fer dont la tente de l'Association, que nous avons complètement décrite l'an passé dans le *Progrès*, est le type (1).

Puis M. Deschanel, député, a prononcé une vibrante allocution dans laquelle il a retracé les horreurs de la guerre future, pour laquelle tout Français et toute Française doivent se préparer. Il a été ensuite procédé à la distribution des récompenses, consistant en 22 diplômes et en médailles d'honneur offertes à celles des Dames de l'Association qui ont rendu le plus de services.

Nous sommes heureux, de notre côté, d'applaudir encore cette année aux louables efforts de l'Association des Dames françaises, qui montre de plus en plus que les femmes de la société laïque sont aussi capables que celles de la société religieuse de porter secours et consolation aux membres de l'humanité souffrante; le dévouement de la mère ou de l'épouse est intarissable et supérieur dans les calamités à celui de la sœur qui a renié les charges de la société. La charité laïque est la seule qui doit exister, car elle respecte la liberté de conscience. Encourageons donc de toutes nos forces toutes les Sociétés qui, en répandant l'instruction, font des mères de famille des infirmières capables de soigner convenablement leurs proches en temps ordinaires et préparées, comme les Dames de l'Association des Femmes de France, celles de la Croix-Rouge, celles de l'Union des Dames françaises, etc., en temps d'épidémie ou de guerre, faire ce que pratiquent chaque jour dans la plupart des hôpitaux de Paris, dans ceux d'Angleterre, d'Allemagne, de Danemark, des Etats-Unis, etc., les infirmières laïques de métier, à l'une desquelles, lors de son avènement à la Présidence, le mari de Mme Carnot, dans sa visite à la Salpêtrière, plaçait sur la poitrine la croix de la Légion d'honneur.

A. ROUSSELET.

(1) Voir *Progrès médical*, 1889, n° 25, p. 485 *et Guide méd. à l'Exposit.*, p. 433 et sequ.

Des infirmiers.

Le *Marseille médical* a publié, dans son numéro du 30 novembre, une conférence extrêmement intéressante faite par le Dr Gilles à l'Association des étudiants de Provence, sur le *service médical dans les hôpitaux d'Angleterre*. Nous en extrayons les passages suivants, qui marquent combien nous sommes encore en retard, malgré tout ce qui a été fait.

Nous ne croyons pas qu'en aucun pays de l'Europe, le service des infirmières soit mieux organisé qu'en Angleterre. Si nous ne parlons pas des infirmiers, c'est que leur rôle est secondaire et qu'on a bien peu recours à leurs offices.

Dans les hôpitaux privés, il n'y a pas en général d'avancement hiérarchique dans les infirmières: à la tête des salles sont les *sisters*, correspondant aux surveillantes laïques ou congréganistes de France. Les sisters appartiennent en général à des associations (analogues à nos corps religieux) protestantes et sont souvent recrutées dans d'excellentes familles. Leur traitement est variable et atteint une moyenne de 50 livres par an. Les infirmières proprement dites sont appelées *nurses* et touchent environ 25 livres par an. Les infirmières et les sisters reçoivent une instruction spéciale complète et rendent les plus grands services, surtout en chirurgie. Leur propreté est *admirable*, leurs soins sont excellents et leur prétendue infériorité sur nos sœurs de charité est une pure légende.

L'éducation des *nurses* est telle, qu'elles sont capables de faire un pansement aseptique et de servir d'aides dans une opération chirurgicale; elles connaissent les instruments, leur emploi et les procédés courants de désinfection; elles savent conformer la tenue des salles et leur propre tenue aux règles de l'hygiène et de l'asepsie; en un mot, elles méritent absolument le nom d'infirmières exercées (trained); tandis que dans nos congrégations hospitalières on enseigne encore qu'il suffit d'être honnête et dévouée pour servir utilement les malades: erreur fatale, dont il est temps que le haut clergé se rende compte; sinon les chefs de service les mieux disposés, sans oser se prononcer contre la laïcisation, ne feront rien pour l'enrayer. La surveillante de salle devrait assister à toutes les opérations, connaître assez l'antisepsie pour qu'on put lui confier sinon des pansements, au moins des instruments et un rôle actif dans les opérations; surtout avec des services non autonomes, il est une foule de petits détails antiseptiques qu'il convient de remplir dans le service et qu'on ne peut confier à l'interne, dont le rôle ne doit être ni celui d'un garçon d'appareil, ni celui d'un infirmier, encore moins celui d'un domestique.

A Paris, les choses sont bien différentes, et, si l'on compare le rôle de la sœur attachée au service de Lucas-Championnière ou de la surveillante de Verneuil à celui de nos sœurs de Marseille, on voit un abîme tel que l'on ne peut s'empêcher de s'étonner de tant d'insuffisance.

A Londres, dans les grandes opérations, c'est aux infirmières que sont confiés les rôles les plus importants au point de vue antiseptique: le service des éponges leur est généralement livré et elles s'acquittent très bien des minuties qu'on exige d'elles sans s'effrayer des incidents opératoires, des jets sanglants ou infects qui inondent parfois leurs linges toujours éclatant de blancheur.

Il existe à Londres une trentaine d'institutions destinées à former des infirmières soit pour les hôpitaux soit pour les particuliers.

. . . . . .

Voici à quelles conditions sont admises les aspirantes au Saint-Thomas's Hospital training school.

Age: de 25 à 35 ans. Paiements pendant l'année d'instruction. Vêtements: environ 4 livres. Premier semestre à terme échu, 2 liv. 10 sh.; quatrième semestre, 3 livres, avec un supplément de 2 liv. si l'aspirante est employée.

S'il y a lieu, le paiement du cinquième semestre est fixée à 4 livres. Après un an d'enseignement, les infirmières acceptent

© ANM

pendant trois ans les places que l'Administration leur désigne de temps en temps dans les hôpitaux. Pendant un nouveau délai de trois ans, elles ne doivent ni s'engager sans prévenir l'administration, ni rompre un engagement sans avoir prévenu quelque temps à l'avance.

Dans les hôpitaux, et en particulier à Guy's hospital, on exige que les nurses ne soient pas mariées, mais il arrive assez souvent qu'elles se marient et quittent l'hôpital.

A l'hôpital Saint-Barthélemy, pour 500 lits occupés à l'hôpital et 64 lits occupés à la maison de convalescence, on compte :

1 maîtresse sage-femme et une assistante.
26 surveillantes de salles.
3 veilleuses (en chef).
151 nurses (diplômées).
28 infirmières assistantes de salles.

Ces dernières sont des domestiques chargées de l'entretien et des gros travaux des salles.

Ces chiffres donnent une idée suffisante du corps des infirmières dans les grands hôpitaux de Londres.

Hôpitaux pour les diphtériques à Paris.

M. le professeur Grancher a lu, dans l'une des dernières séances du Comité consultatif d'hygiène publique de France, un rapport très intéressant sur la question de savoir s'il y a lieu de créer, en dehors de Paris, des *hôpitaux spéciaux pour les diphtériques*. Voici ses conclusions qui ont été adoptées par le Comité : 1° Il n'y a pas lieu de créer hors de Paris un hôpital de diphtériques ; — 2° Il y a des réformes importantes à apporter dans les services hospitaliers où sont recueillis les diphtériques ; — 3° Des mesures doivent être prises pour empêcher le transport des diphtériques dans les voitures publiques ou, au cas où ce transport n'aurait pu être empêché, pour rendre inoffensives les voitures ; — 4° Il y a lieu de recommander la création, en dehors de Paris, d'un service d'enfants diphtériques convalescents.

Ces conclusions sont tout à fait conformes à la thèse que nous avons soutenue dans le *Progrès médical*. Nos renseignements relativement à la construction d'un hôpital suburbain pour les *varioleux* nous font penser que ce projet ne sera pas adopté. Il y a, en effet, mieux à faire que de dépenser l'argent des contribuables dans des constructions coûteuses : c'est d'organiser sérieusement le service des vaccinations et des revaccinations. B.

Le doctorat des Internes en médecine.

Nous avons bien souvent, dans ce journal, plaidé la cause du doctorat des internes en médecine. Le passage suivant, extrait d'une lettre de M. le Dr Cadet de Gassicourt parue dans un journal politique, à propos de la situation faite aux étudiants en médecine par la nouvelle loi militaire, vaut la peine d'être rapportée ici, car il résume bien l'argument fondamental qui arrête nos maîtres pour réclamer cette réforme urgente :

« On songe à autoriser les internes à être docteurs, sans cesser d'être internes. L'idée paraît simple. Mais qui ne voit les conséquences de cette innovation ? Si les règlements actuels interdisent aux internes d'être docteurs, c'est pour qu'ils restent attachés à l'hôpital, exclusivement occupés des malades de leurs services. Du jour où ils auront leur diplôme, ils pratiqueront au dehors, et on pourra d'autant moins le leur interdire que le nouveau règlement aura précisément pour but de les aider à vivre en se formant une clientèle. De bonne foi, croit-on que les malades des hôpitaux ne seront pas un peu négligés ? Je ne suspecte ni le dévouement, ni le zèle de nos jeunes collaborateurs, mais je les ai interrogés : *la plupart d'entre eux sont de mon avis*. Car ils savent *combien il est dangereux de placer un homme entre sa conscience et son intérêt*. »

Quoi qu'en pense M. Cadet de Gassicourt, nous avons expliqué déjà pourquoi les conséquences de cette révolution — car ça en serait une véritable — ne nous semblent pas aussi pleines de dangers qu'il veut bien le croire. En tous cas, si les internes continuent à rester réfractaires au progrès, il leur en cuira. On créera les *Assistants* et alors ? Oh, alors ! ils crieront ; mais il sera trop tard. M. B.

Le Prosectorat d'anatomie pathologique dans les Hôpitaux.

Nous avons soulevé cette question d'une façon spéciale en 1885, dans le *Progrès médical* et dans le *Manuel de technique des autopsies* que nous avons publié avec notre ami le Dr P. Bricon. Après avoir parlé de ce que faisait le professeur d'anatomie pathologique, M. Cornil, nous ajoutions :

« Relativement aux *hôpitaux*, la réponse ne nous paraît pas difficile. Il conviendrait d'avoir dans chaque hôpital un *prosecteur* nommé à la suite d'un *concours* ou d'un *examen*, ou choisi parmi les *anciens internes* ayant prouvé leurs aptitudes spéciales par la fréquentation des laboratoires, la publication de travaux d'anatomie pathologique, et ayant suivi les cours de technique des autopsies de la Faculté.

« L'organisation de ce *service des autopsies* n'entrainerait pas de dépenses sérieuses. Le traitement pourrait varier de 1200 à 2400 fr., suivant l'importance des hôpitaux. L'autopsie serait faite par le prosecteur, assisté tantôt de l'*interne*, *tantôt de l'un des externes*. Tout le monde en profiterait, les chefs de service, qui seraient assurés d'avoir des autopsies complètes, faites avec soin, les internes et les externes qui apprendraient à bien faire des autopsies. »

Cette proposition était précise ; nous la rappelons, car certains journaux, entre autres la *Tribune médicale*, ne semblent pas s'en souvenir. Nous avons il y a quelques jours indiqué quelle était sur cette question, l'opinion de M. Cornil ; nous insérons aujourd'hui les réflexions suivantes qui nous ont été adressées :

A Vienne, l'étudiant qui veut apprendre l'anatomie pathologique n'a qu'à se rendre à l'Hôpital Général, à l'heure du cours de Kundrat. Dans un Institut parfaitement organisé, il voit un chef de service entouré de tout son personnel, correspondant à nos externes, internes, etc. Six garçons pratiquent les grosses besognes des autopsies, détachent les pièces et les apportent au prosecteur. Le protocole de chaque autopsie est remis au chef du service d'où provenait le sujet, qui peut avoir ainsi des observations complètes. A Paris, il n'existerait aucun cours pratique d'anatomie pathologique à l'hôpital, si le professeur de la Faculté n'avait pris sur lui de combler cette lacune, et de faire dans un des amphithéâtres les plus reculés de l'Hôtel-Dieu un cours auquel il n'est pas tenu, pour lequel il est obligé de demander des cadavres au bon vouloir des médecins de l'Hôtel-Dieu et d'apporter des pièces de son laboratoire de l'Ecole. Paris a six fois plus d'habitants que Vienne, et dispose d'un matériel qui serait incomparable si on voulait l'utiliser. M Cornil, dans son cours (voir n° 48, a proposé un système de réformes qui nous a suggéré des réflexions de deux ordres : les unes portent sur ce système en lui-même ; les autres sur les moyens d'en hâter l'application et de le faire entrer dans les mœurs.

Pour que le prosecteur d'anatomie pathologique ait quelque autorité dans l'hôpital, aux yeux des élèves et des chefs de service, il faut, conformément à nos idées démocratiques, qu'il ait passé un concours le rendant l'égal de ces derniers. M. Cornil a esquissé le programme de ce concours dont, en effet, on peut rendre les épreuves très pratiques, selon nous. Chaque candidat, pour être admis à concourir, devrait envoyer l'exposé manuscrit ou imprimé de ses *travaux* et *titres*, surtout en anatomie pathologique. Un certain nombre de points à attribué à cette *épreuve de titres*, que le *Progrès* n'a cessé de réclamer depuis longtemps (1), la ferait servir à un premier classement. La seconde épreuve serait publique : le candidat, se plaçant dans les conditions ordinaires, ferait en une heure l'autopsie d'un sujet inconnu et exposerait les lésions des organes. Cette épreuve montrerait en même temps l'habileté technique du candidat et son savoir en pathologie. Il ne faudrait pas que la première partie devint la plus importante et qu'on jugeât par exemple le candidat sur le temps qu'il mettrait à enlever une moelle épinière. Il doit savoir le faire ; le jury peut l'exiger de lui, mais sans oublier que, dans la pratique vraie, dont on doit se rapprocher autant que possible, c'est le garçon qui enlèvera la moelle pendant que, sans perte de temps, le prosecteur montrera aux élèves les lésions des viscères. La troisième et dernière épreuve est celle d'*histologie*. En général, elle est très mal comprise dans les concours où elle existe et ne répond pas du tout à la

(1) Pour tous les concours (agrégation, hôpitaux, asiles d'aliénés, etc.). Déjà, pour plusieurs modes de concours, la réforme a été organisée.

© ANM

réalité, pour deux raisons. D'abord, il ne s'agit pas de savoir si le candidat, qui brigue le droit d'enseigner, ne l'oublions pas, est capable de faire une préparation, car les juges doivent être renseignés là-dessus d'avance par son exposé de titres, et il ne faut pas perdre du temps à des besognes d'écolier. Ensuite le temps donné pour l'épreuve d'histologie, mettons 4 heures, est tout à fait insuffisant. On ne peut faire ainsi que quelques dissociations, toujours les mêmes, muscles, nerfs, épithéliums, moelle des os, ou des coupes hâtives sur de tout petits fragments mal durcis dans l'alcool absolu. Est-ce ainsi qu'on procède dans le laboratoire? Tout le monde sait que non. Cette épreuve est donc mauvaise, puisqu'elle ne correspond pas à la réalité. Quand on étudie une pièce à fond, on la soumet à différents liquides dont l'action n'est pas immédiate. On la durcit par la gomme, la paraffine et la celloïdine, et rien de tout cela ne se fait en quatre heures. On fait subir aux coupes des colorations lentes, des déshydratations, toutes choses qui demandent de l'attention et du temps et qui peuvent échouer dans les mains de l'histologiste le plus expérimenté, quand il est privé de son outillage habituel et enfermé dans une salle de concours avec des matériaux insuffisants et un garçon qui n'est pas accoutumé à le servir. L'épreuve d'histologie, telle qu'elle existe maintenant dans différents concours, est donc vieillote, inexacte et ennuyeuse. On pourrait la modifier d'une façon qui permette au jury de constater l'aptitude à l'enseignement des candidats en même temps que leur savoir histologique; il suffirait de leur donner un choix de préparations qu'ils auraient à reconnaître, à décrire et sur lesquelles ils devraient faire leur leçon. Ces préparations devraient être en nombre assez considérable, 10 à 15 pour éviter les casse-cou, et le candidat s'inspirerait uniquement d'elles pour sa démonstration.

Supposons qu'il ait des coupes de cirrhose alcoolique et d'autres de cirrhose biliaire: il ne devra pas faire l'histoire de ces deux affections, mais montrer les traits saillants de chaque cas, et disposer lui-même sous le microscope les points les meilleurs pour l'observation. Les prosecteurs, qui sortiraient de ces épreuves publiques, envoyés d'abord comme les médecins et les chirurgiens des hôpitaux dans les grands hospices de l'Assistance, arriveraient de Bicêtre, de la Salpêtrière ou d'Ivry dans les hôpitaux du centre en pleine maturité de leur savoir, avec une expérience considérable, et la Faculté de Paris récupérerait bien vite son ancienne supériorité, car l'enseignement pratique de l'anatomie pathologique à Paris n'existe guère que par les efforts dévoués du professeur d'anatomie pathologique de la Faculté et de quelques médecins des hôpitaux. La situation est grave pour l'École de Paris. Il est temps qu'elle utilise toutes les ressources que fournissent les hôpitaux. M. Cornil, qui est le plus autorisé dans la question, a signalé le mal et indiqué le remède. L'écoutera-t-on?

Réformes hospitalières.

Notre ami, M. le Dr Huchard, a soumis à la *Société médicale des Hôpitaux* sa très intéressante brochure sur *l'enseignement médical dans les hôpitaux*. Nous n'avons pu jusqu'ici reprendre en détail ses propositions, dont la plupart ont été si souvent discutées dans le *Progrès médical* et, auparavant, dans le *Mouvement médical*.

Aujourd'hui, nous nous bornerons à une remarque au sujet des concours. Nous en restons partisan convaincu jusqu'à ce qu'on trouve un mode de nomination meilleur, laissant moins de prise à la critique que la nomination à la faveur. Mais nous sommes d'avis que les conditions des concours doivent être sérieusement modifiées. Nous avons insisté bien des fois pour l'introduction de l'épreuve sur titres dans les concours avec rapport lu et publié ou même imprimé et délivrance des points avant qu'il soit procédé à toute autre épreuve.

Cette réforme a déjà été introduite dans divers concours.

Une autre réforme consiste, pour les concours analogues aux concours du Bureau central, à ne pas faire recommencer toute la série des épreuves aux candidats qui ont subi avec succès les *épreuves d'admissibilité*. Ils ne devraient plus avoir à passer que la seconde série d'épreuves, ne comprenant que des *épreuves pratiques*. D'où cette conséquence, que, n'étant plus condamnés au travail stérile de la revision de toutes les questions de pathologie, ils pourront se consacrer exclusivement au travail de laboratoire et aux études cliniques.

La question des *médecins et des chirurgiens assistants* pourrait être facilement tranchée, sans qu'il soit nécessaire d'instituer un nouveau concours: il suffirait de confier ces fonctions temporaires aux candidats aux places de médecins ou de chirurgiens des hôpitaux, qui auraient déjà subi avec succès les épreuves d'admissibilité. B.

Service médical de nuit dans la ville de Paris.

STATISTIQUE DU 1er JUILLET AU 30 SEPTEMBRE 1890, PAR LE Dr PASSANT.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total.
1er	16	20	6	42
2e	15	21	5	41
3e	27	35	4	66
4e	35	43	23	99
5e	22	41	9	72
6e	21	25	3	49
7e	15	28	6	49
8e	6	12	4	22
9e	16	19	4	39
10e	42	41	13	96
11e	76	117	38	231
12e	31	45	17	96
13e	43	85	29	157
14e	42	62	20	124
15e	43	77	17	137
16e	15	13	4	32
17e	57	76	22	135
18e	53	113	35	200
19e	46	84	37	167
20e	69	116	61	246
	670	1078	357	2100

MALADIES OBSERVÉES.			
A		**E**	
Angines et laryng.	121	Affect. cérébrales	80
Croup	29	Eclampsie. Convuls.	62
Coqueluche	6	Névralgies	27
Corps étrangers de l'œsophage	»	Névroses	98
Ophthalmie	2	Epilepsie	18
Otite	»	Aliénation mentale.	8
B		Alcoolisme. Delirium tremens.	17
Asthme	46	Tétanos	1
Affections du cœur.	75	Rage	»
Bronchites aiguës et chroniques	106	Syphilis constitut.	»
Pleuro-pneumonie.	68	**F**	
Congestion pulmonaire	23	Rhumatisme	26
Grippe	»	Affections éruptives	91
C		Pustule maligne.	»
Affections et troubles gastro-intestinaux	163	Fièvre intermitt.	1
Cholérine	92	Fièvre typhoïde.	37
Dysentérie	12	Hémorrhagies de causes internes et externes.	72
Athrepsie	135	**G**	
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines.	78	Plaies. Contusions.	89
Hernie étranglée	22	Fractures. Luxations. Entorses	18
Rétention d'urine	29	Brûlures	3
Fissure à l'anus	»	Congélat. des pieds	»
Orchite	2	Empoisonnements.	8
Chute du rectum	»	Asphyxie par le charbon	5
Vulvo-vaginite	»	— submersion.	1
D		Suicide	8
Métrite. Métro-péritonite	66	**H**	
Métrorrhagie	51	Morts à l'arrivée du médecin	55
Fausse-couche	76		
Accouc. Délivrance	148		
Accouc. non terminé	29	Total	2100

La moyenne des visites par nuit est de 23 20/100.
Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 20,91/100.
Les hommes entrent dans la proportion de 32 0/0.
Les femmes — — de 51 0/0.
Les enfants au-dessous de 3 ans, 17 0/0.

Visites du 3e trimestre de 1889	1,924
— — 1890	2,100
Différence en plus	176

Le mois de janvier, pendant lequel l'épidémie de grippe a sévi, comprend à lui seul 1,117 visites de nuit.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 15. — 1re définitif (Officiat) : MM. Straus, Retterer, Reynier. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Ch. Richet, Segond, Poirier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Pinard, Terrillon, Jalaguier. — (2e *Série*) : MM. Tillaux, Ricard, Ribemont-Dessaignes. — 5e *de Doctorat* (2e partie) (Hôtel-Dieu) (1re *Série*) : MM. Fournier, Letulle, Marie. — (2e *Série*) : MM. Potain, A. Robin, Chauffard.

MARDI 16. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Quenu, Gley. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Debove, Legroux. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Duplay, Schwartz, Maygrier. — (2e *Série*) : MM. Guyon, Nélaton, Bar. — (2e partie) : MM. Cornil, Hutinel, Ballet.

MERCREDI 17. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Grancher, Ch. Richet, Retterer. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Pinard, Terrillon, Kirmisson. — (2e partie) : MM. Potain, Straus, Déjerine.

JEUDI 18. — Médecine opératoire : MM. Panas, Le Dentu, Poirier. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Le Fort, Mathias-Duval, Humbert. — (2e partie) : MM. Bouchard, Gley,

© ANM

Quinquaud. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Guyon, Brun, Bar.

VENDREDI 19. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Farabeuf, Terrillon, Retterer. — (2e partie) : MM. Ch. Richet, Reynier, Marie. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) MM. Tillaux, Tuffier, Ribemont-Dessaignes. — 4e *de Doctorat* : MM. Grancher, Déjerine, Letulle. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Pinard, Ségond, Jalaguier. — (2e partie) : MM. Straus, Brissaud, Chauffard.

SAMEDI 20. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Laboulbène, Nélaton, Poirier. — (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Quenu, Gley. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Le Dentu, Brun, Maygrier. — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Debove, Chantemesse. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Panas, Humbert, Bar. — (2e partie) : MM. Peter, Hanot, Gilbert.

Thèses de la Faculté de Médecine.

MARDI 16. — M. Vignerot. Contribution à l'étude des néphrites. — M. Le Noir. De l'albuminurie chez les phtisiques.

MERCREDI 17. — M. Heret. Monographie du sous-nitrate de bismuth. — M. Menos. La lèpre au point de vue de la contagion. — M. Boyals. De l'emploi du bromure d'éthyle comme anesthésique pour l'opération des végétations adénoïdes du pharynx nasal chez l'enfant. — M. Mourgues. Contribution à l'étude chimique et physiologique des principes immédiats du persil.

JEUDI 18. — M. Miette. Traitement électrique des fibromes utérins. Méthode de L. Championnière et Danion. — M. Foure. Du pincement latéral de l'intestin. — M. Chevandier. De la méthode thermo-résineuse appliquée au traitement du rhumatisme apyrétique. — M. Boutard. Des différents types de diabète sucré. — M. Cahen. Astasie-abasie. — M. Szczypiorski. Des entozoaires de l'encéphale.

FORMULES

MÉDICAMENTS NOUVEAUX

XIII. — Acide Sulforicinique et Sulforicinates,

XIII. — Lorsque l'on fait agir, dans certaines conditions, l'acide *Sulfurique pur* sur l'*Huile de Ricin*, on obtient un produit ayant la conviction d'un sirop épais, de couleur jaune foncée ; c'est *l'acide sulforicinique*. En neutralisant exactement avec de la Soude on obtient le *Sulforicinate de Soude*, c'est ce produit qui est utilisé comme excipient, il présente de nombreux avantages ; il adhère fortement à la peau et aux muqueuses auxquelles il assure un contact prolongé avec les médicaments antiseptiques (Berlioz et Ruault). Il donne de très bons résultats dans le traitement de la *Tuberculose laryngée ulcéreuse*, *de l'Ozène* et surtout de la *Diphthérie*.

XIV. — Phénol Sulforicinié.

XIV. — Sulforicinate de Soude . . . . . 100 grammes.
Acide Phénique pur (Phénol absolu). 40 —

Faites dissoudre en chauffant un peu ; on prépare de même les solutions à un titre plus faible renfermant 3e ou 2e de principe actif.

Cette préparation est surtout employée dans la diphtérie ; on fait des badigeonnages avec un pinceau de charpie.

XV. — Naphtol Sulforicinié.

XV. — Sulforicinate de Soude . . . 100 grammes.
Naphtol β. . . . . 10 —

Faites dissoudre : Deux cuillerées à bouche dans un litre d'eau. L'émulsion qui en résulte est employée en lavage dans l'ozène et fait rapidement disparaître la mauvaise odeur.

XVI. — Créosote Sulforicinée.

XVI. — Sulforicinate de Soude. . . . . 100 grammes
Créosote de Hêtre . . . . . 15 —
mploie pure ou émulsionnée (2 cuillerées à bouche dans un d'eau) dans le traitement de la tuberculose laryngée.

XVII. — Salol Sulforicinié.

XVII. — Sulforicinate de Soude . . . 100 grammes.
Salol . . . . . 15 —

Pur ou mélangé à l'eau (2 cuillerées à bouche par litre) dans le traitement et pour le lavage des ulcères.

P. YVON.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 30 nov. 1890 au samedi 6 déc. 1890, les naissances ont été au nombre de 1211 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 471 ; illégitimes, 168, Total, 639. — *Sexe féminin :* légitimes, 423 ; illégitimes, 194, Total, 56s.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 30 nov. 1890 au samedi 6 déc. 1890, les décès ont été au nombre de 1058 savoir : 559 hommes et 499 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 6, F. 5, T. 11. — Variole : M. 1, F. 3, T. 4. — Rougeole : M. 7, F. 7, T. 14. — Scarlatine : M. 3, F. 1, T. 4. — Coqueluche : M. 2, F. 3, T. 5. — Diphtérie, Croup : M. 26, F. 12, T. 38. — Choléra : M. 00, F. 00, T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 136, F. 71, T. 207. — Autres tuberculoses : M. 11, F. 11, T. 25. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 5, T. 5. — Tumeurs malignes : M. 19, F. 31, T. 50. — Méningite simple : M. 12, F. 15, T. 17. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 26, F. 29, T. 55. — Paralysie : M. 5, F. 1, T. 6. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 7, T. 11. — Maladies organiques du cœur : M. 25, F. 37, T. 62. — Bronchite aiguë : M. 17, F. 19, T. 36. — Bronchite chronique : M. 22, F. 20, T. 42. — Broncho-Pneumonie : M. 10, F. 9, T. 19 — Pneumonie : M. 22, F. 36, T. 58. — Gastro-entérite, biberon, M. 19, F. 18, T. 37. — Gastro-entérite, sein : M. 7, F. 3, T. 10. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 2, T. 2. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1 — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Débilité congénitale : M. 19, F. 13, T. 32. — Sénilité : M. 13, F. 23, T. 36. — Suicides : M. 13, F. 5, T. 18. — Autres morts violentes : M. 13, F. 7, T. 20. — Autres causes de mort : M. 114, F. 96, T. 210 — Causes restées inconnues : M. 4, F. 6, T. 11.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 99, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 36, illégitimes, 18. Total : 54. — *Sexe féminin* : légitimes, 31, illégitimes, 14. Total : 45.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — M. BERGET, docteur ès sciences, est chargé des fonctions de préparateur du laboratoire de recherches de physique à la Faculté des sciences de Paris, pendant la durée du congé accordé à M. Létang (année scolaire 1890-1891). — Un congé, pour l'année scolaire 1890-1891, est accordé, sur sa demande, à M. Létang, préparateur du laboratoire de recherches de physique à la Faculté des sciences de Paris.

FACULTÉ DES SCIENCES DE BESANÇON. — M. DUTARTRE, licencié ès sciences naturelles, est chargé des fonctions de préparateur de zoologie et botanique, à la Faculté des sciences de Besançon, pendant la durée du congé accordé à M. Magon (année scolaire 1890-1891). — M. VESIAN, professeur de géologie et minéralogie à la Faculté des sciences de Besançon, est nommé doyen de ladite Faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le Pr. LANNELONGUE fera des conférences suivies d'Exercices cliniques tous les mercredis, à 9 heures et demi du matin, à l'Hôpital Trousseau, 89, rue de Charenton. — M. TESSIER (P.) bachelier ès lettres et ès sciences, est nommé, pour l'année scolaire 1890-1891, moniteur du laboratoire de pathologie expérimentale et comparée à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Veillon, appelé à d'autres fonctions. — M. THÉLOHAN (P. A.), licencié ès sciences naturelles, est nommé jusqu'à la fin de l'année scolaire 1890-1891, préparateur du laboratoire de clinique chirurgicale (Necker) à la Faculté de médecine de Paris (emploi nouveau).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — M. LACAZE (D.-C.-D.), bachelier ès lettres et ès sciences, est nommé pour deux ans aide d'anatomie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, en remplacement de M. Barret de Nazaris, démissionnaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. GIRAL (C.-E.-F.-S.), bachelier ès lettres et ès sciences restreint, est délégué, pendant l'année scolaire 1890-1891, dans les fonctions d'aide de clinique des maladies des enfants, à la Faculté de médecine de Montpellier, en remplacement de M. Arrivat, démissionnaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — MM. STERNE et WEILL, bacheliers ès lettres et ès sciences restreint, sont nommés, pour deux ans, aides de clinique à la Faculté de médecine de Nancy, en remplacement de MM. Thiébaut et Frœlich, démissionnaires.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. LINOSSIER, agrégé près la Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon, est chargé, en outre, pendant l'année scolaire 1890-1891, d'un cours de chimie minérale à ladite Faculté.

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS. — Dimanche, 14 décembre, M. MENG, chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris, 57, rue Rochechouart, fera, à 9 heures du matin, à l'amphithéâtre de l'Ecole, une conférence sur : *Un nouveau mode d'emploi du chlorure d'éthyle pour l'anesthésie locale.*

ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER. — M. COCHEZ, chef de clinique médicale à l'Ecole de plein exercice de

© ANM

médecine et de pharmacie d'Alger, est chargé des fonctions de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à ladite Ecole, pendant la durée du congé accordé à M. Moreau (année scolaire 1890-1891). — Un congé, sans traitement, est accordé, sur sa demande, pendant l'année scolaire 1890-1891, à M. Moreau, suppléant des chaires de pathologie et clinique médicales à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie d'Alger.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. QUINT, docteur en médecine, est prorogé pour un an, à partir du 1er novembre 1890, dans les fonctions de chef de clinique chirurgicale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille. — M. LEMOINE, professeur de thérapeutique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique médicale à ladite Faculté. — M. WERTHEIMER, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de physiologie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — M. JOLYET, professeur de médecine expérimentale à la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux, est nommé, sur sa demande, professeur de physiologie à ladite Faculté.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — *F. de Gœttingue.* — M. le Dr Nicolaier est nommé privat-docent de pédiatrie à Gœttingue.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'Externat.* — Les questions de pathologie tirées aux dernières séances ont été les suivantes : *Symptômes et diagnostic de la rougeole ; — Entorses ; — Brûlures.*

ASILE CLINIQUE (*Sainte-Anne*). — Une proposition a été déposée au Conseil général, par M. le Dr Dubois, à l'effet d'aliéner les terrains appartenant à l'Asile dont ils ne sont séparés que par la rue d'Alésia. La vente de ces terrains serait très regrettable. Il s'y construirait des maisons qui diminueraient le service de la clinique et seraient une source incessante de désagréments pour les malades, de réclamations justifiées de la part des médecins. Le département a déjà fait des sacrifices pour empêcher la vue des aliénés du chemin de fer de Sceaux. Ces dépenses seraient inutiles. D'autre part, ces terrains peuvent à un moment donné être utilisés pour la création d'une annexe. En attendant ils servent au travail des malades, qui constitue un élément des plus précieux pour le traitement des malades.

ASILE D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — *Internat en médecine.* — Les membres du jury sont : MM. Dagonet (père) ; Bouchereau, Bourneville, Du Castel, Marchand, Febvré, Jules Voisin. Le concours s'ouvrira le lundi 15 décembre, à midi, à l'annexe Est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau.

ASILE D'ALIÉNÉS DE BRON. — Le concours pour l'internat de cet asile s'est terminé par les nominations suivantes : M. Deray, interne titulaire ; M. Viallon, interne suppléant.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — *Legs Mathieu Bourceret.* — Le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine est autorisé à accepter, au nom de cette Académie, aux clauses et conditions imposées, le legs que lui a fait le sieur Mathieu Bourceret, par un testament en date du 10 décembre 1885. Le produit de cette libéralité sera placé en rentes 3 p. 0/0 sur l'Etat français, avec mention sur l'inscription de la destination des arrérages de la fondation d'un prix annuel, dit prix Mathieu Bourceret, qui sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur la circulation du sang.

CONGRÈS ALLEMAND DE MÉDECINE INTERNE. — Le prochain congrès allemand de médecine interne aura lieu du 6 au 9 avril, à Wiesbaden. Le président sera M. le Pr Leyden (Berlin).

COLLÈGE DE FRANCE. — M. le professeur FOUQUÉ a commencé le cours d'histoire naturelle des corps inorganiques, le lundi 1er décembre 1890, à neuf heures, dans la salle n° 4, et le continuera les jeudis et lundis suivants, à la même heure. Il commentera la *British Petrography* de Harris Teall. — M. le professeur BERTHELOT a commencé le cours de chimie organique, le lundi 1er décembre 1890, à dix heures et demie, dans la salle n° 1, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure. Il traitera des *gaz*, théorie et analyse. — M. le professeur MASCART a commencé le cours de physique générale et expérimentale, le mardi 2 décembre 1890, à dix heures et demie, dans la salle n° 9, et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure. Il traitera de l'*optique*. — M. le professeur SCHUTZENBERGER a commencé le cours de chimie minérale, le mercredi 3 décembre 1890, à une heure et demie, dans la salle n° 1, et le continuera les samedis et mercredis suivants, à la même heure. Il traitera de l'*analyse chimique et de diverses questions de chimie générale*. — M. le professeur RANVIER a commencé le cours d'anatomie générale, le mardi 2 décembre 1890, à quatre heures, dans la salle n° 2, et le continuera les jeudis et mardis suivants, à la même heure. Il traitera des *membranes séreuses, du tissu conjonctif diffus et des ganglions lymphatiques*. — M. D'ARSONVAL, suppléant M. le professeur Brown-Séquard, a commencé le cours de médecine, le mercredi 3 décembre 1890, à quatre heures et demie, dans la salle n° 6, et le continuera les vendredis et mercredis suivants, à la même heure. Il traitera des applications physiologiques et médicales de l'*électricité*. — M. François FRANCK, suppléant M. le professeur Marey, a commencé le cours d'histoire naturelle des corps organisés, le mercredi 3 décembre 1890, à trois heures et demie, dans la salle n° 7, et le continuera les vendredis et mercredis suivants, à la même heure. Objet du cours : *Etude critique et expérimentale des actions d'arrêt et d'excitation dans l'appareil circulatoire, à l'état normal et à l'état pathologique.*

FEMMES MÉDECINS. — Il vient de se fonder en Russie, le 15 novembre dernier, sous l'inspiration de Mme Rodstwennaja-schenjaskaja une *Société médicale de Doctoresses*. A la première assemblée générale, on comptait 55 membres ; Mme le Dr Schabanowa a été nommée présidente. Le capital de la nouvelle Société s'élève déjà à plus de 25,000 fr.

HÔPITAUX DE LYON. — *Concours pour la place de chirurgien-major de la Charité.* — Ce concours a commencé lundi 1er décembre. Le jury se composait de MM. Aubert, Berne, Bouchacourt, Bouveret, Delore, Drivon, Fochier, Gangolphe, Laroyenne, Levrat, Rabot, Vincent. Les candidats étaient : MM. Albertin, Audry, Condamin, Duzea, Gouilloud, Jaboulay, Loison, Pollosson, Vallas. Le concours s'est terminé par la nomination de M. le Dr Auguste Pollosson.

HOSPICES CIVILS DE MARSEILLE. — *Concours pour une place de médecin adjoint.* — Le lundi 9 mars 1891, 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 docteurs de l'une des Facultés de France, être âgés de 27 ans au moins, de nationalité française ou en mesure de justifier de leur naturalisation. Les deux années de pratique comme docteur ne sont pas exigées des anciens élèves internes dans les hôpitaux des villes où siège une Faculté, ni des élèves internes des hôpitaux de Marseille ; ils pourront, en conséquence, concourir dès qu'ils seront munis de leur diplôme de docteur.

MATÉRIEL SCIENTIFIQUE DANS LES LYCÉES. — Arrêté du ministre de l'Instruction publique et des beaux-arts en date du 13 novembre 1890. — Les deux commissions chargées jusqu'ici du choix de la commande du matériel scientifique nécessaire aux lycées et aux collèges de garçons et de jeunes filles seront désormais réunies en une seule commission qui comprendra deux sections. La commission du matériel scientifique est composée ainsi qu'il suit : *Section des sciences naturelles.* MM. Edmond Perrier, professeur au muséum ; Gaston Bonnier, professeur à la Faculté des sciences de Paris ; Gervais fils, aide-naturaliste au Muséum.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE DE PARIS. — M. le professeur Emile BLANCHARD a commencé le cours de zoologie (animaux articulés) le mercredi 3 décembre 1890, à une heure, dans la nouvelle galerie de zoologie, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure. Le professeur traitera de l'organisation, des mœurs, et surtout des métamorphoses et de la classification des Insectes ; des Arachnides et des Crustacés. Au début, il consacrera quelques séances à faire ressortir par quels efforts s'est constituée la science. Dans la dernière partie du cours, il présentera des considérations touchant les applications de l'histoire naturelle à l'économie rurale. Entrée par la grande porte de la nouvelle galerie, voisine de la galerie de minéralogie. — M. le professeur VAILLANT a ouvert le cours de zoologie (reptiles, batraciens et poissons) le lundi 4 décembre 1890, à une heure, dans l'amphithéâtre du rez-de-chaussée des galeries de zoologie et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure. Le professeur traitera de l'organisation, de la physiologie et de la classification des reptiles de l'époque actuelle et fossiles. Il étudiera plus particulièrement les Chéloniens (tortues, émydes, etc.), en insistant sur la répartition géographique des espèces, leur utilité dans l'économie domestique, dans l'industrie, etc. Le cours sera complété par des conférences pratiques au laboratoire et à la ménagerie. — M. le professeur VAN THIEGEM a commencé le cours de botanique (organographie et physiologie végétale) le samedi 6 décembre, à 8 heures 1/2 du matin, dans l'amphithéâtre de la galerie de minéralogie, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. Après avoir retracé les grands traits de la physiologie générale des plantes, le professeur étudiera quelques points particuliers de physiologie

© ANM

végétale, tels que physiologie des organes à l'état de vie ralentie ; physiologie de la germination ; physiologie des plantes sans chlorophylle, des plantes ferments, des plantes parasites, des plantes qui vivent en symbiose, des plantes qui végètent dans l'huile ; physiologie des plantes souterraines, submergées, rampantes, grimpantes, volubiles, épidendres ; physiologie des plantes dites carnivores, des plantes à fourmis, etc. Les leçons du jeudi seront des leçons pratiques et auront lieu au laboratoire de botanique, rue de Buffon, n° 61.

NOMINATIONS. — *Bibliothèque de St-Calais.* — Le Comité d'inspection et d'achats de livres près la Bibliothèque de Saint-Calais est constitué ainsi qu'il suit : M. Coursimault, 1er adjoint, naturaliste ; M. Paté, antiquaire ; M. Chabrol, pharmacien ; M. Salmon, pharmacien et naturaliste ; M. Hardy, chimiste naturaliste.

NOUVEAUX JOURNAUX. — Nous recevons le premier numéro d'un nouveau journal de médecine ; il est intitulé : *Balneologisches Centralblatt*, et rédigé par le Dr Fr.-C. Müller (Munich). Il contiendra des articles de Balnéothérapie, Hydrothérapie, Massage, Gynécologie médicale, Hygiène balnéaire et Diététique. — Nous recevons aussi le premier numéro des *Annales de la Policlinique* (avec un *yi de Toulouse*. Ces annales paraîtront tous les trois mois ; elles sont dirigées par MM. Etienne, J. Charazac, E. Géhé, L. Moreau, G. Bédart, E. Noguès et Trazit.

ŒUVRE DE LA TUBERCULOSE. — *Tuberculose et Influenza.* — La récente épidémie de grippe paraît avoir été suivie de : 1° L'eclosion ; 2° L'aggravation d'un grand nombre de cas de tuberculose. Le Comité de l'Œuvre, estimant qu'il serait utile à la science d'être renseigné aussi exactement que possible sur ce point important, prie tous les médecins de vouloir bien lui faire parvenir les résultats de leur pratique sur les questions suivantes : 1° Avez-vous observé des cas de ce genre ? 2° Combien ; 3° Dans quelles conditions sont survenus ces cas (âge, sexe, rapidité, terminaison, etc.) 4° Si c'est possible, rapporter en détail les cas les plus démonstratifs. Les documents fournis à cet égard seront utilisés et publiés par les soins du Comité dans les Études expérimentales et cliniques sur la Tuberculose. Prière de vouloir bien les envoyer avant le 1er mars 1890, à M. le Dr L.-H. Petit, Secrétaire-Général de l'Œuvre, chargé de la publication, 11, rue Monge, à Paris.

SOCIÉTÉ D'HYGIÈNE DE L'ENFANCE DE PARIS. — *Prix.* — La *Société d'Hygiène de l'Enfance* de Paris met au concours l'étude des questions suivantes : 1° Nourriture complémentaire de l'enfant pendant l'allaitement ; préparation au sevrage ; 2° Hygiène et salubrité de l'école ; 3° Hygiène des enfants employés dans les ateliers de fleurs et de plumes. — Les concurrents sont invités à envoyer leurs manuscrits avant le 1er mai 1891, soit à M. le Dr Chassaing, député de Paris, président, 207, rue Saint-Antoine ; soit à M. le Dr Toussaint, inspecteur des enfants en nourrice, secrétaire général, 7, rue d'Enghien, à Argenteuil (Seine-et-Oise), chez lesquels ils pourront obtenir tous les renseignements relatifs au présent concours. Les manuscrits sous pli cacheté devront porter une épigramme reproduite dans une enveloppe également cachetée, renfermant l'adresse de l'auteur.

SANATORIUM MARITIME DE BANYULS-SUR-MER. — M. Chauchard vient de donner une rente annuelle de 10,000 francs au Sanatorium maritime de Banyuls-sur-Mer, où sont soignés des enfants scrofuleux et lymphatiques. Cet établissement appartient à l'Œuvre nationale des hôpitaux marins.

SOCIÉTÉ POUR LA PROPAGATION DE LA CRÉMATION (1). — Samedi, 13 décembre 1890, à 8 heures 1/2 du soir, dans la grande salle de la Société d'Horticulture de France, 84, rue de Grenelle (près la rue du Bac) : Conférence publique et gratuite sur la *Crémation*, par M. Frédéric PASSY, membre de l'Institut, vice-président de la Société pour la propagation de la Crémation.

UNIVERSITÉ DE BARCELONE. — *Troubles.* — Les étudiants de Barcelone ont fait une manifestation devant les bureaux de rédaction des journaux qui les ont critiqués parce qu'ils s'étaient déclarés en vacances depuis le 1er décembre.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort d'un de nos distingués confrères le Dr VAN GAVER rédacteur au *Marseille Médical*, décédé à Sousse, en Tunisie, ancien interne des Hôpitaux de Paris. Médecin consultant des Hôpitaux de Marseille le Dr Van Gaver avait acquis une grande réputation dans le public marseillais. — M. le Dr DEBRAY, médecin de la marine. — M. le Dr LEVIS (de Philadelphie). — M. le Dr CORLEY (de Dublin). — M. le Dr WEIGERT (de Francfort. — M. le Dr SALZER, professeur à la Faculté de Vienne. — M. le Dr DUMAREST père (Hauteville).

(1) 97, Boulevard Malesherbes, Paris.

ON DÉSIRERAIT acheter les *Annales de Dermatologie* de 1880 à 1887. S'adresser, pour les conditions, aux bureaux du journal.

Phthisie, Bronchites chroniques. —EMULSION MARCHAIS.

Phthisie. VIN DE BAYARD à la peptone phosphatée, le plus puissant reconstituant de la thérapeutique. Une à deux cuillerées par repas.

PEPTONATE DE FER ROBIN. — 10 à 20 gouttes par repas. (Chloro-Anémie).

Précieuse. Source de VALS, très efficace contre les affections du Foie et de la Vessie. (Calculs, Gravelle, Diabète, Goutte, etc.) *Prescrite par les Médecins des Hôpitaux de Paris.*

Albuminate de fer soluble (LIQUEUR DE LAPRADE) le plus assimilable des ferrugineux (Pr Gubler). Une cuillerée à chaque repas. Chlorose et troubles de la menstruation, c'est le fer gynécologique par excellence.

Dyspepsie. — VIN DE CHASSAING. —*Pepsine.* — *Diastase.*

ANÉMIE LA BOURBOULE Enfants débiles, voies respiratoires MALADIES DE LA PEAU, RHUMATISMES DIABÈTE

AVIS A NOS ABONNÉS.—*L'échéance du 31 DÉCEMBRE étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement a cessé 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 à partir du **25 janvier**, *augmentée de* UN FRANC *pour frais de recouvrement. Nous les engageons donc à nous envoyer de suite 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. — Enfin, nous invitons ceux d'entre eux qui auraient égaré des numéros de 1890 à nous les réclamer **avant le vingt janvier.**

Avis à nos lecteurs.

Nous rappelons à nos lecteurs, à nos abonnés et à nos collaborateurs que tout ce qui concerne la rédaction (livres, journaux, manuscrits, communications, etc.) *doit être adressé au Rédacteur en chef, et tout ce qui concerne l'Administration* (abonnements, librairie, annonces, changements d'adresse, mandats) *à M. Hippolyte Durand.*

Chronique des Hôpitaux.

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — *Clinique médicale.* — M. le Dr BRISSAUD. Conférences cliniques tous les mercredis à 9 h. 3/4.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

© ANM

18e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XII. N° 51. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 20 DÉCEMBRE 1890.

495

Le Progrès Médical

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

HÔTEL-DIEU. — M. le Professeur **PANAS.**

Paralysie de la 6e paire avec paralysie du trijumeau d'origine nasale ;

Leçon clinique recueillie par **Albert TERSON**, interne du service, et revue par le professeur.

Messieurs,

Le malade dont il s'agit et qui est venu ce matin à la consultation externe est, comme vous avez pu le voir, un grand jeune homme de 25 ans, pâle, assez maigre, d'apparence lymphatique. Comme antécédents héréditaires, nous lui trouvons que sa sœur jumelle, avec laquelle il a vécu longtemps, est morte tuberculeuse ; rien d'autre à noter. Quant à lui, pas de maladie importante avant l'affection qui l'amène ici : aucune maladie vénérienne.

Il se présente avec tous les signes d'une *paralysie du muscle droit externe de l'œil du côté droit*. L'œil est en strabisme interne et ne peut être ramené par un effort du malade qu'au niveau de la ligne médiane de l'orbite. La paralysie est donc en somme *totale*. Elle pourrait être jugée incomplète, si la pupille dépassait la ligne médiane, car le système des obliques, qui est abducteur, ne parvient pas à lui faire dépasser cette limite. Si l'œil ne pouvait se mouvoir jusqu'à la ligne médiane, c'est qu'il y aurait *rétraction* du *droit interne antagoniste*. Il faut toujours noter cette tendance à la rétraction, car elle indique pour la paralysie un autre processus pathogénique, et il faut faire intervenir ce facteur dans l'étude de la marche de la paralysie. La paralysie peut guérir, ou plutôt le muscle reprendre ses fonctions, sans que pour cela la déviation et la diplopie diminuent sensiblement. C'est qu'ici l'on a affaire à des strabismes par rétraction, qu'une opération seule peut détruire, la ténotomie du muscle antagoniste, ce qui montre bien son importance au point de vue du pronostic de la maladie.

On ne peut encore, dans notre cas, prévoir ces phénomènes. La maladie ne date que de trois semaines. Elle a été précédée de symptômes particuliers. Le malade a eu, il y a deux mois, une éruption de zona thoracique du côté *gauche*. Depuis, il a eu, à plusieurs reprises, des crises de céphalalgie très intense, qui tendaient à se localiser dans toute la partie droite et postérieure de la tête. Enfin, il présente une anesthésie de la face, limitée à la partie droite. Elle se trouve sur les parties innervées par le trijumeau de ce côté. L'anesthésie a débuté par la moitié droite de la lèvre inférieure, les gencives et les dents de ce côté : le malade croit brisé en deux le verre qu'il porte à sa bouche. La partie supérieure de la face est moins atteinte : le front et la paupière supérieure, à droite, sentent encore légèrement. Enfin, si l'on fait ouvrir la bouche au malade, on constate que la moitié droite du voile du palais et de la langue est anesthésiée. Le pharynx a conservé sa sensibilité.

Il nous faut entrer plus profondément dans l'étude anatomique et physiologique de ces diverses localisations de la paralysie sensitive.

Nous voyons d'abord que la branche inférieure du trijumeau droit est prise et même la plus fortement prise. Or nous savons qu'elle se compose d'une branche motrice, qui ici n'est pas malade, puisque les muscles masticateurs sont intacts et fonctionnent bien, et d'une branche sensitive. La branche sensitive traverse le ganglion de Gasser, tandis que la branche motrice passe au-dessous, sans y mêler ses fibres. Puisqu'ici la branche sensitive est seule prise, nous sommes obligés d'admettre que la lésion est située plus en arrière, et en dessus, que le trou ovale. Sans cela, les deux branches seraient lésées ensemble. La lésion porte donc sur un point où elles sont séparées, soit vers le ganglion de Gasser, soit beaucoup plus loin, vers les origines protubérantielles de la racine grise.

Le voile du palais est hémianesthésique : nous savons qu'il est innervé sensitivement par des filaments provenant du ganglion sphéno-palatin de Meckel, nerfs palatins, venant en dernière analyse du nerf maxillaire supérieur qui, on le sait, est pris aussi.

La branche de Willis n'est pas complètement privée de sensibilité. D'abord, la cornée droite est bien sensible : les filets sensitifs qui lui arrivent, après avoir traversé le ganglion ophtalmique, sont donc indemnes. Quant aux branches de bifurcation du nerf nasal, elles sont fort diminuées dans leur pouvoir sensitif, et en particulier l'aile du nez et le lobule, où s'épanouit le nerf naso-lobaire, sont insensibles. Nous avons vu que la peau du front et la paupière supérieure sont hypoesthésiques. Les trois branches du trijumeau sont donc atteintes à des degrés divers : la sensibilité est abolie, au point de vue du tact, de la douleur, de la chaleur et du froid. Ce sont là de vraies lésions localisées : elles n'ont pas les caractères de dissociation si fréquents dans les troubles hystériques. Le malade ne présente du reste aucun symptôme de ce genre.

Signalons enfin l'anosmie complète de la narine droite seule, puis de la surdité de l'oreille gauche. Les autres nerfs crâniens sont intacts. La troisième paire possède toutes ses fonctions iriennes et accommodatives.

Nous sommes donc en présence de lésions essentiellement localisées, indépendantes des noyaux centraux, ainsi que le prouve la non-participation des branches de l'oculo-moteur commun. La coexistence de la paralysie de la 6e partie avec l'anesthésie de la cinquième, nous ramène nécessairement à admettre que la lésion doit se trouver au niveau de la base du crâne, au point où ces deux nerfs se rapprochent le plus, sur les côtés de la selle turcique, vers le sommet du rocher.

A quoi pouvons-nous avoir à faire ? Y a-t-il là un néoplasme ? Au niveau de la base du crâne on trouve, par ordre de fréquence, le *sarcome*, le *syphilome*, le *tubercule* ; les autres productions localisées (anévrysmes, hydatides) sont rares et rien ne doit y faire penser ici.

Il nous faut d'abord écarter la syphilis dont nous ne trouvons aucune trace chez notre malade. Celui-ci n'est guère à l'âge du sarcome qui s'observe surtout

© ANM

avant la puberté. Devons-nous croire à du tubercule ? Il est possible, dans notre cas. Les poumons ne présentent rien de suspect, il est vrai ; mais la tuberculose de la sœur du malade et sa propre constitution donneraient quelques présomptions. Je dois vous dire que néanmoins tel n'est pas le diagnostic que je porterais. En examinant à fond le malade, j'ai remarqué chez lui une affection des fosses nasales qui me paraît être l'origine première de tous les accidents. J'ai vu dans ces dernières années plusieurs malades de ce genre. Chez l'un d'eux, atteint d'une ozène des plus intenses, mort avec phénomènes de névrite optique et des troubles méningitiques très graves, nous trouvâmes à l'autopsie une carie du sphénoïde, provenant par continuité de tissu de l'affection des fosses nasales. Il a paru récemment, en Allemagne, quelques travaux spéciaux sur les ostéopériostites de la base, d'origine nasale, et sur leur retentissement aux méninges. Récemment j'observais un personnage étranger, atteint d'amblyopie, sans lésions ophtalmoscopiques. Cette absence de signes ophtalmoscopiques me fit soupçonner des troubles cérébraux à venir, dont je ne pouvais préciser la cause, étant donnée l'absence de syphilis et de toute autre diathèse. Trois mois après survinrent de l'hébétement, des maux de tête et de l'hémianopsie temporale, qui cédèrent à un traitement mercuriel intensif et à l'application d'un large vésicatoire en calotte au sommet de la tête. Seule l'amblyopie persiste encore. Après bien des recherches étiologiques du complexus morbide, je me suis arrêté, avec mon collègue le professeur Bouchard, à l'idée d'une méningite de la base ayant eu pour point de départ un coryza chronique.

Dans le cas qui nous occupe, le malade est atteint d'ozène, depuis des années. Il en a tous les signes, embarras de la respiration nasale, croûtes sanguinolentes, anosmie, œdème fétide caractéristique. Nous savons, de plus, qu'il a éprouvé à plusieurs reprises des maux de tête violents vers la région temporale, à droite, et il a des phénomènes paralytiques et anesthésiques que nous sommes conduits à localiser à la base du crâne, au voisinage du ganglion de Gasser et du point précis où le nerf de la 6e paire contourne le sommet du rocher. Il n'est pas jusqu'au zona, croisé comme toutes les lésions nerveuses du tronc et des membres, qui ne se rapporte à cette localisation nerveuse. L'anosmie est d'ordre local et tient à l'ozène plus marquée à droite qu'à gauche. De même, la surdité à gauche résulte du catarrhe de la trompe d'Eustache, complication commune des pharyngo-rhinites chroniques. Le fait que ce malade entend très bien le bruit d'une montre appliquée contre l'oreille et les os du crâne, exclut l'idée d'une lésion du nerf acoustique gauche.

En résumé, chez notre malade, l'origine des accidents résulte d'une phlegmasie infectieuse de la base, par propagation. La porte d'entrée est constituée par ses fosses nasales et particulièrement le sinus sphénoïdal droit dont la topographie jointe à la minceur de ses parois osseuses suffit à expliquer le siège de la lésion. Que ferons-nous comme traitement ? Localement, le malade prendra des douches nasales répétées au siphon Weber avec un litre, matin et soir, de la solution boriquée concentrée. Nous ne lui donnerons pas d'abord le mercure, souvent si précieux comme résolutif, parce que son état général est trop faible et que ses dents sont mauvaises. Nous commencerons par les antiseptiques tels que l'iodoforme, à l'intérieur, à la dose de 40 centigrammes par jour, mêlée au double de poudre de café, comme désodorisant, nous réservant d'agir par le mercure, sitôt que le malade pourra le supporter. On pourra alors agiter la question des révulsifs cutanés, appliqués principalement à la tête.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. **J.-M. CHARCOT.**

La nutrition dans l'hypnotisme ;

par le Dr **GILLES DE LA TOURETTE**, ancien chef de Clinique des maladies du système nerveux, et **H. CATHELINEAU**, ancien interne en pharmacie de la Clinique.

Dans le *Progrès médical* du 26 avril 1890, nous avons exposé le résultat de nos recherches faites dans le service de M. le Pr Charcot sur la *nutrition dans l'hypnotisme*. Celles-ci, nous le rappellerons, avaient eu pour objet trois femmes hystériques n'offrant, en dehors des stigmates permanents, au moment de nos investigations, aucun des phénomènes pathologiques de la névrose. Chez elles — ce qui, nous l'avons établi (1), est de règle dans l'hystérie normale — les excreta urinaires rapportés au poids étaient, à l'état de veille, identiques à ce que l'on observe chez l'individu sain.

Par contre, chacune des 3 phases de l'hypnotisme produisait, dans la période d'expérience des 24 heures, un abaissement du taux du résidu fixe, de l'urée et des phosphates avec *inversion de la formule* de ces derniers. La catalepsie est l'état où ces phénomènes sont le plus accentués. Ces résultats confirmaient, en les précisant et en y ajoutant de nouveaux éléments d'appréciation, les recherches de Strübing (2), de Brock (3) et de Gürtler (4).

Nous nous croyions donc fondés à admettre comme conclusion : que l'hypnotisme est un *état pathologique*, lorsque MM. A. Voisin et Harant, dans une communication faite le 6 août au *Congrès de médecine mentale* de Rouen, exposant le résultat de leurs recherches personnelles, affirmèrent, au contraire : « 1° que la nutrition n'est pas troublée dans le sommeil hypnotique ; 2° que l'*hypnotisme n'est pas un état pathologique*. » Désireux de vérifier nos investigations, ils leur opposaient des résultats contradictoires.

Cette communication, et surtout ses conclusions, étaient faites pour nous étonner, car les expériences de ces auteurs, instituées à la Salpêtrière, nous étaient parfaitement connues. M. Harant, auquel nous avions communiqué notre technique, avait bien voulu nous tenir au courant de ses recherches chimiques, très soigneusement faites, et il nous avait semblé, à cette époque, que ses résultats étaient confirmatifs des nôtres.

Nous possédons ces résultats communiqués, disons-nous, par M. Harant lui-même et nous allons montrer que la première impression qu'ils nous avaient faite était certainement la bonne. Les recherches ont porté sur une seule malade du service de M. A. Voisin, hystérique et *aliénée* ; ce sont justement ces troubles mentaux qui avaient nécessité son admission à la Salpêtrière, dans un service consacré au traitement de l'aliénation mentale.

L'état dit normal, par M. A. Voisin, n'était donc — nous le saurons désormais — qu'un état mental fort troublé et les recherches de Mairet nous ont appris que les excréta urinaires sont loin d'être normaux dans ces conditions.

Dans cet état dit normal, *jamais les urines ne purent être recueillies en totalité*, la malade refusant toujours,

(1) Voyez Gilles de la Tourette et Cathelineau. *La nutrition dans l'hystérie. — Progrès médical*, 1889, 1890.

(2) *Deutsch. Archiv. für klin. Medicin*, Bd 27, p. 3.

(3) *Ueber Stoffliche Veranderungen bei der Hypnose.* — *Deut. Med. Wochens.*, 1880, n° 45.

(4) *Ueber Veranderungen im Stoffwechsel unter dem Einfluss der Hypnose und bei der Paralysis agitans.* — *Inaug. Diss.* Breslau, 1882.

© ANM

par suite de son intraitable disposition d'esprit, de se prêter à l'expérience. Dans ces conditions, la moyenne (que nous appellerons *approximative*) des 24 heures, pour une période de 4 jours, a été : volume, 1,012 c. c.; résidu fixe 40 gr. 45; urée, 13 gr. 08; acide phosphorique total, 0 gr. 94; les rapports entre les acides phosphoriques terreux et alcalins étant de 35 à 100, ce qui est normal.

La malade n'a pas été pesée; on ne pourrait donc, si on le désirait, rapporter les précédents résultats au kilogramme d'individu sain. Le sujet fut alors plongé en somnambulisme pendant trois périodes, chacune de plusieurs jours consécutifs. On lui suggéra alors d'être raisonnable et en particulier d'uriner dans un bocal spécial, ce qui fut volontairement exécuté.

La moyenne de ces trois périodes, telle qu'elle nous a été communiquée par M. Harant, fut, pour les 24 heures : volume 1,363 c. c.; résidu fixe, 45 gr. 2; urée 18 gr. 1; acide phosphorique total 1 gr. 49; les rapports entre les acides phosphoriques terreux et alcalins étant *comme* 48 *est à* 100. Retenons ce dernier chiffre; il nous montre que, comme nous, MM. A. Voisin et Harant ont obtenu pendant le somnambulisme l'inversion de la formule des phosphates, la moyenne physiologique étant de 25-40 à 100; le chiffre de 35 étant celui présenté d'ailleurs par la malade à l'état dit normal par les auteurs.

Il convient de dire que, dans les conditions où ont été faites les premières expériences (état normal) de MM. Voisin et Harant, ce rapport des phosphates est le seul à l'abri de toute cause d'erreur, car il est totalement indépendant de la quantité d'urine recueillie ou émise; c'est un rapport entre deux acides et non une quantité variable comme le taux du résidu fixe, de l'urée et des phosphates qui varie suivant le volume de l'urine excrétée dans les 24 heures.

Reste le fait que, pendant l'état somnambulique, le résidu fixe, l'urée et les phosphates semblaient augmentés par rapport à l'état sain. Nous répondrons que, les urines n'ayant pu être recueillies en totalité pendant ce dernier état, il est impossible d'établir, entre celui-ci et la période somnambulique où elles le furent complètement, un rapport exact s'appuyant sur des données qui ne pourraient être qu'approximatives.

Nous conclurons donc en disant: Qu'en admettant, avec les auteurs précités, qu'une seule observation soit probante; que l'aliénation existante ne vicie pas par elle-même les résultats, il demeure ce fait que les seuls éléments sérieux d'appréciation tirés des rapports des phosphates entre eux nous prouvent que les recherches de MM. A. Voisin et Harant confirment les nôtres, à savoir que l'hypnotisme, à ne s'en tenir qu'aux caractères tirés des excrétions urinaires, est un véritable état pathologique.

Bibliothèque populaire du Ve Arrondissement. — Cette bibliothèque a commencé la série annuelle de ses conférences le samedi 7 décembre : *L'Afrique française*, par M. de Lanessan. Le samedi 21 décembre M. Bourneville fera une conférence sur la *laïcisation de l'assistance publique et l'enseignement professionnel des infirmiers et infirmières*. Ces conférences ont lieu à 8 heures 1/2 du soir à la mairie du Panthéon.

Précautions à prendre contre les maladies contagieuses. — Le Conseil d'hygiène de la Seine a commencé, dans sa dernière séance, la discussion des projets d'instruction sur les précautions à prendre contre les maladies contagieuses : variole, fièvre typhoïde, diphtérie, coqueluche, rougeole et scarlatine. Une commission, chargée d'élaborer un projet, propose pour trois affections contagieuses, la variole, la fièvre typhoïde et la diphtérie, d'exiger la déclaration des cas de maladie au commissariat de police, à Paris, et à la mairie dans les communes du ressort. Après une courte discussion, cette proposition a été adoptée. Le Comité a, de même, décidé que, pour les malades dont la déclaration est nécessaire, un médecin délégué constatera l'exécution des mesures prescrites. La suite de la discussion sera reprise à la prochaine séance et les nouvelles instructions seront publiées aussitôt que le Conseil aura adopté le projet définitif.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La méthode de Koch à l'Hôpital Laënnec.

M. Cornil a fait dimanche dernier sa troisième conférence sur les résultats qu'il a observés depuis la dernière. Chez deux des malades qui avaient présenté de l'albuminurie; l'albumine a complètement disparu. Chez le troisième, il y a encore un peu d'albumine, mais il faut remarquer qu'il n'y a pas eu d'examen antérieur de l'urine, et qu'il est fort possible qu'il en ait présenté avant l'injection, étant donnée la dissémination de ses lésions tuberculeuses. L'abuminurie et l'hématurie paraissent donc des accidents passagers.

D'autre part, chez une phtisique avancée, diabétique et ayant de la pyélo-néphrite calculeuse, l'injection n'a amené ni sang, ni albumine dans les urines.

Au point de vue des effets réactionnels, il semble bien que l'action du liquide de Koch soit spéciale, malgré les quelques exceptions qu'on a signalées. Dans son service, M. Cornil n'a observé la réaction générale et locale que chez les tuberculeux. Rien chez les autres. M. Humbert, de son côté, a injecté au Midi cinq syphilitiques sans obtenir la moindre réaction.

Les phénomènes thermiques de la réaction ont été soigneusement notés, la température centrale des malades étant prise toutes les deux heures dans le jour, toutes les trois heures la nuit. Mais on n'a pu suivre régulièrement que 20 cas, un certain nombre ayant été traités tout en restant hors de l'hôpital. La réaction fébrile diffère de tout ce qu'on connaît jusqu'ici en pathologie. Elle a cependant une certaine analogie avec les fièvres intermittentes et ce qu'a observé M. Hayem à propos de toxine. La réaction ne se fait pas dans un seul jour, mais se continue plusieurs jours de suite, même lorsqu'il n'y a eu qu'une faible injection.

M. Cornil montre des tracés des principaux types thermiques. Tantôt la réaction se fait en deux temps, ou même en trois. Tantôt la température ne s'élève que le second jour pour redescendre ensuite et remonter le 3e et le 4e. Quelquefois la réaction se fait irrégulièrement et la température reste irrégulière après la réaction. Ou d'autres fois la descente se fait en lysis régulièrement. Il faut donc se défier et se garder des injections subintrantes, sinon on risque d'accumuler les effets fébriles et de produire ainsi des accidents comme ceux qu'on a signalés à l'étranger.

M. Hénocque a examiné sur 22 inoculés les variations de l'oxyhémoglobine, qui nous donne la mesure des effets produits sur la nutrition générale. Sur 22 cas il a trouvé :

Diminution de l'oxyhémoglobine. .	13 fois.
Variations nulles ou faibles. . . .	3 —
Augmentation.	6 —

Les tracés montrent que dans trois cas il y a eu diminution pendant la fièvre, puis augmentation correspondant à la période non fébrile.

En somme, la diminution de l'oxyhémoglobine s'observe le plus souvent et atteint quelquefois 1/3 de la quantité normale. Elle commence à se montrer le 2e et le 3e jour surtout. Elle est aussi prononcée pour le lupus que pour la tuberculose pulmonaire. La diminution peut être passagère et suivie d'augmentation. Il n'y a pas de relation entre l'intensité de la réaction et les variations de l'oxyhémoglobine. Celle-ci peut ne présenter aucune modification.

Ces résultats fort intéressants montrent l'utilité qu'il y a à examiner l'état du sang pour savoir si on doit dans un cas donner, continuer ou cesser le traitement.

On a donc deux moyens de se rendre compte de l'action du remède de Koch : la *température*, qui montre l'accoutumance des malades, et *les variations de l'oxyhémoglobine*.

D'une façon générale, M. Cornil pense qu'on doit continuer l'emploi de la méthode dans le lupus. Quant aux pulmonaires, il faut s'en rapporter aux indications fournies par la température et l'examen du sang.

Dans le lupus érythémateux, dont la nature tuberculeuse est encore contestée et contestable, on a observé des réac-

© ANM

tions différentes chez deux malades. Chez un homme il y a eu une double réaction générale et locale. Chez une femme il y a eu une réaction générale très nette et aucune réaction locale. On a déjà noté à Vienne cette variabilité de la réaction dans le lupus érythémateux.

M. Cornil se demande enfin s'il est bon de donner de la fièvre à des phtisiques. — Si on donne des accès longs et répétés à un individu qui n'a déjà que trop de tendances à avoir de la fièvre, on lui fait du mal, ne fut-ce qu'en le privant forcément de nourriture pendant la période fébrile. Il faut donc beaucoup de circonspection et ne procurer de la fièvre à un malade, par le fait de l'injection, que lorsqu'on a vu qu'elle ne dure pas longtemps, qu'elle est faible, sans compter les autres restrictions fournies par l'hématoscopie et le poids des malades. Il ne faut donc tenter la méthode de Koch que lorsqu'on est sûr de faire du bien, le lupus, les affections tuberculeuses localisées, la tuberculose pulmonaire au premier degré et sans fièvre.

P. Sollier.

La méthode de Koch à l'hôpital St-Louis.

M. Péan continue à consacrer sa leçon du samedi à exposer les résultats qu'il obtient par la méthode de Koch et à faire passer sous les yeux de ses auditeurs les malades qu'il a ainsi traités. Les inoculations sont pratiquées tous les cinq jours, et les doses injectées atteignent chez certains malades cinq milligrammes. D'une façon générale, les résultats sont satisfaisants, mais il faut s'entendre. Prenons par exemple deux malades présentés par M. Péan : l'un, un enfant atteint d'une coxalgie avec suppuration et trajets fistuleux ; l'autre, une jeune fille atteinte d'une synovite tuberculeuse du pied. Il est incontestable que depuis quinze jours l'état général de l'enfant s'est profondément modifié : il mange, reprend ses forces et engraisse ; mais ce n'est certes pas là un résultat spécial à la méthode de Koch. L'état local s'est aussi très amélioré, en ce sens que les décollements n'existent plus, que les trajets fistuleux se ferment et que la suppuration tend à se tarir. Doit-on voir là cette influence élective du liquide de Koch, cette action sur tout ce qui est tuberculeux ? Non encore, et voici pourquoi. Cet enfant, pendant le séjour qu'il avait fait à l'hôpital avant d'être inoculé, a présenté des eschares. Or, celles-ci se sont complètement cicatrisées en même temps que s'amendaient les lésions tuberculeuses. Il est donc avéré que chez lui les inoculations ont eu une action favorable à la fois sur un tissu tuberculeux et sur un tissu de nature toute différente. Je constate le fait et je n'en veux tirer aucune déduction.

Quant à la jeune fille, il est certain aussi, que la plaie a pris bon aspect et qu'elle se cicatrise comme une plaie sur laquelle on fait un excellent pansement. C'est là, en définitive, ce qui ressort le mieux aujourd'hui de l'application de cette méthode : elle fait l'office d'un excellent pansement et améliore l'état local des plaies. Dans les nodules lupiques ulcérés ou en voie d'ulcération, il se forme, peu de temps après l'inoculation, des croûtes nombreuses, conséquence d'une suppuration abondante, puis peu à peu ces croûtes se détachent, et au-dessous d'elles les ulcérations se cicatrisent. Mais les tubercules de lupus sont-ils pour cela guéris ? Non, certes, et il n'est pas difficile de les apercevoir avec leur couleur sucre d'orge caractéristique, pour peu que l'on tende la peau. Les ulcérations superficielles seules ont été modifiées et tendent à la cicatrisation. S'il n'y a pas d'ulcérations, dans un lupus non exedens, par exemple, il se fait bien une congestion de la partie malade ; des lamelles épidermiques la recouvrent, puis les phénomènes inflammatoires s'apaisent, tout rentre dans l'ordre et les nodules tuberculeux restent dans le même état qu'avant l'injection, et cela sans qu'il y ait cette fois ni suppurations ni croûtes. S'il y a modification de la surface malade (toujours dans ce cas de lupus non exedens), elle est bien peu appréciable.

En résumé, si, actuellement, on cherche à établir le bilan de la méthode, on trouve à son actif : une amélioration des plaies qui tendent à la cicatrisation et cela peut-être même, lorsqu'elles ne sont pas de nature tuberculeuse. Quant à la guérison, il n'y a pas encore de cas qui permette de l'espérer. En toute justice, il faut savoir attendre.

En regard de ces résultats favorables, il est vrai, mais qui ne sont pas, en somme, ceux que l'on nous faisait espérer, voyons les inconvénients de la méthode et les faits contradictoires. Je ne reviens pas ici sur les contre-indications, sur les accidents, bien que de nouveaux soient chaque semaine signalés, sur les réactions que peuvent présenter des malades non atteints de tuberculose et j'arrive à certains faits qu'ont mis en relief les expériences récentes. On a donné comme règle générale que les sujets présentaient des réactions de moins en moins fortes à mesure qu'on avançait dans le nombre des injections. La raison, disent les uns, c'est qu'ils guérissent et que le liquide n'a plus d'action sur un tubercule qui n'existe plus ; c'est qu'ils s'accoutument, disent les autres, au poison inoculé. Or il n'en est pas toujours ainsi, et il peut se faire une réaction intense alors même que les phénomènes de l'injection précédente sont terminés depuis plusieurs jours. Voici un malade de M. Péan, par exemple, qui, à la première injection de un milligramme, atteint 39° 8 ; à la deuxième injection de deux milligrammes 38,6 et à la troisième de trois milligrammes 39,2. On connaît d'autres exemples dans lesquels des accidents se seraient montrés après une deuxième, une troisième injection, alors que la première n'avait rien présenté d'anormal. Si l'on rapproche ces cas de ceux dans lesquels, même après plusieurs injections, les sujets ne réagissent pas (cas présenté par M Péan, dans lequel, après quatre inoculations de deux, trois et quatre milligrammes, le malade reste hypothermique et sans réaction locale) et si l'on se rappelle que toutes les occurrences sont possibles, soit dans la réaction générale, soit dans la réaction locale, on conviendra qu'en dehors des questions de dose, des questions d'intervalle entre deux injections successives, il faut encore tenir compte des conditions individuelles qui sont à peine signalées et que nous ne connaîtrons qu'avec le temps.

Il est donc matériellement impossible à l'heure actuelle de donner une opinion ferme sur la valeur de cette méthode, d'autant plus que si l'on compare les résultats qu'on nous annonçait à grand orchestre il n'y a pas seulement six semaines et ceux que nous observons aujourd'hui, on ne peut se défendre d'un certain scepticisme. Nous attendrons donc, pour renseigner nos lecteurs, que quelque fait bien établi ou présentant une valeur réelle se dégage de ce dédale d'inconnues où l'on se perd au milieu de faits qui ne se peuvent comparer.

Quant aux expériences des médecins de l'Hôpital Saint-Louis, elles sont faites de la façon la plus scientifique tous les matins, salles Alibert et Devergie : dans la journée et dans la première partie de la nuit, des externes de garde à tour de rôle prennent les températures et suivent les observations des malades. Nous aurons là certainement dans quelque temps des résultats précieux qui nous permettront de nous faire une idée plus exacte qu'aujourd'hui sur la valeur de la méthode de Koch, dans une des formes de la tuberculose externe du moins.

P. R.

La méthode de Koch à l'hôpital Trousseau.

Des expériences ont été instituées à l'hôpital Trousseau dans le service de M. le Pr Lannelongue, avec la lymphe de Koch. Elles sont d'autant plus intéressantes qu'elles ont lieu exclusivement sur des enfants atteints de tuberculoses dites externes.

Le *Bulletin médical*, dans son dernier numéro, raconte entre autres l'observation d'un petit malade qui mérite d'attirer l'attention, parce que l'auteur de cet article accuse la lymphe de provoquer la formation à distance de foyers tuberculeux, au lieu de se borner à révéler la présence de nodules préexistants.

C'est là, d'ailleurs, une idée qui est venue à bien des

© ANM

gens à la lecture des observations déjà publiées. Mais l'avenir seul montrera ce qu'il y a de vrai dans cette hypothèse.

Quoi qu'il en soit, les expériences continuent dans le service de M. Lannelongue, mais elles sont encore trop récentes pour que nous y insistions davantage.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 8 décembre 1890. — Présidence de M. Duchertre.

M. Ranvier. — *De la membrane du sac lymphatique œsophagien de la grenouille.* — Le sac lymphatique qui entoure l'œsophage de la grenouille et que l'on met facilement en évidence par injection ou insufflation, constitue par sa transparence et sa structure complexe un objet d'étude d'une haute valeur. La membrane a une face séreuse recouverte d'un endothélium dont les cellules ont des bords sinueux et une face lymphatique dont les cellules de revêtement ont des bords rectilignes, ce qui prouve qu'il ne faut pas attacher trop d'importance à la forme des cellules endothéliales pour distinguer les canaux lymphatiques des vaisseaux sanguins. La charpente connective a une disposition nettement alvéolaire. Les cellules connectives disposées à la surface de ces alvéoles sont grandes, plates et ramifiées. Il arrive à la membrane périœsophagienne de petits troncs nerveux composés de fibres à myéline et de fibres de Remak. Ces nerfs se divisent et se subdivisent et bientôt leurs fibres à myéline perdent leur gaine médullaire pour se transformer en fibres de Remak. Finalement, il se produit un plexus nerveux dont les mailles sont plus étroites que celles du réseau vasculaire et qui s'étend sur la membrane entière. De ce plexus se dégagent des fibres nerveuses qui, après un trajet plus ou moins long, se terminent par des extrémités libres arrondies ou en forme de bouton. Quelques fibres se soudent après avoir décrit une anse et forment une figure semblable à un anneau de clé. Ces anneaux ont un diamètre très variable et l'on peut penser que les boutons terminaux ne sont autre chose que des anneaux atrésiés. Le plexus périvasculaire, qui est formé par des branches du plexus nerveux de la membrane, émet des fibres qui vont se terminer dans les tuniques vasculaires aussi bien des capillaires que des artérioles et des veinules.

M. Balland. — *Observations sur les extraits de viande.* — L'étain, le plomb et leurs alliages, en quelque proportion que ce soit, sont attaqués très lentement par les acides les plus faibles contenus dans les conserves alimentaires. L'étain employé à la fabrication du fer-blanc, qui contient des traces de plomb et de 1 à 2 centièmes de cuivre et d'autres métaux, offre plus de résistance aux acides des conserves que l'étain chimiquement pur ou chargé de plomb. Il y aurait lieu de ne tolérer pour toutes les soudures de boites de conserves que l'étain employé à la fabrication du fer-blanc. M.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 13 décembre 1890. — Présidence de M. Chauveau.

M. Pilliet présente une note sur la structure du *foie des Sélaciens*. Les espaces portes présentent la même structure que chez les Vertébrés supérieurs. Les travées hépatiques sont très longues et flexueuses, et plongées dans une gaine de tissu conjonctif qui contribue à leur donner l'aspect de véritables glandes en tubes. Mais ces glandes ne présentent pas de lumière centrale, car les cellules sont distendues par la graisse et accolées les unes aux autres.

M. Mégnin présente une oreille de lapin présentant les lésions de la *gale folliculaire* dues au Psoroptes communis, acarien parasite du lapin, du mouton et du cheval.

M. Gamaléia expose ses recherches *sur la destruction de la toxine du vibrion de Metschnikov* par le sérum des animaux rendus réfractaires à ce vibrion. Voici comment on procède. On injecte dans le sang des lapins de grandes quantités de cultures stérilisées du vibrion et l'on constate que les toxines ne se produisent plus chez ces animaux. Les rates fraiches des lapins, qui sont réfractaires à l'infection par le vibrion, ont la propriété de détruire le poison qu'il fabrique. La même propriété se retrouve dans le sérum des lapins, et, probablement, dans leurs autres tissus.

M. Ch. Richet a essayé de déterminer s'il *existait chez l'animal des tissus toxiques*, et il a fait, soit des injections de sang, soit des inclusions de différents tissus chez le chien. Le sang d'oiseau est très toxique chez le chien, comme on le sait. Le sang étant recueilli dans l'alcool ne possède plus de propriétés toxiques. Les différents tissus du chien, foie, poumon, estomac, pancréas, cerveau, lorsqu'on en fait l'extrait hydro-alcoolique et qu'on l'injecte au lapin, ne sont pas toxiques, et ne déterminent que les effets généraux d'une injection quelconque dans le péritoine. Le bouillon de muscles seul présente quelques effets, dont le plus marqué est l'hypothermie.

M. Charrin a vu que l'extrait alcoolique de sang d'urémique est à peu près inoffensif. Les substances précipitables par l'alcool sont, au contraire, assez toxiques. M. Roger a observé des faits semblables ; les extraits aqueux de foie, par exemple, sont toxiques et les extraits alcooliques ne le sont pas.

M. Laborde. — Sur l'*action physiologique des sels solubles de strontiane* et des sels de potasse correspondants. Le chlorure de strontiane est à peu près inoffensif, tandis que le sel correspondant de potasse, très voisin de lui comme poids atomique, est dangereux. Il en est de même des sels de baryte. De plus, les sels de strontiane et en particulier le lactate présentent une action diurétique des plus remarquables, qui peut être employée en thérapeutique. La strontiane employée au plâtrage des vins au lieu de la chaux serait-elle toxique ? L'expérience permet de répondre que non. Les animaux se portent bien, mangent gloutonnement, urinent beaucoup. La strontiane s'élimine en partie par les urines et les fèces, une partie s'accumule sur les tissus, en particulier le foie et les os. Elle paraît exercer une action antiputride dans le tube digestif.

M. M. Duval. — *Sur la façon dont se répare la muqueuse utérine* après le détachement du placenta. Sur le lapin, la réparation se fait par glissement de la muqueuse qui entoure la plaie, et la réparation est immédiate. Mais, sur la souris, il reste une portion dénudée au centre de la plaie, et cette portion se cicatrise par la formation d'épithéliums aux dépens des cellules conjonctives du fond de la plaie. Il faut donc admettre, quelque étrange que la chose paraisse au premier abord, que le tissu conjonctif forme de l'épithélium. La chose paraîtra d'ailleurs vraisemblable, si l'on réfléchit que l'épithélium de l'utérus est d'origine mésodermique, comme celui du péritoine, puisqu'il dérive des canaux de Muller ; il peut donc se réformer aux dépens des cellules du mésoderme.

MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau font une communication sur la *nutrition dans l'hypnotisme*, qui a pour but de réfuter une note de MM. Auguste Voisin et Harant, présentée au Congrès de Rouen (est publiée, p. 496).

Elections. — M. Phisalix est élu membre de la Société de Biologie par 28 voix sur 48 votants ; M. Fabre-Domergue obtient 16 voix ; M. Houssaye, 3 ; M. Boulart, 1.

Al. Pilliet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance publique annuelle du 16 décembre 1890.

Présidence de M. Moutard-Martin.

M. Féréol, secrétaire annuel, lit le rapport sur les prix décernés en 1890.

M. le Président annonce les prix proposés pour 1891, 1892 et 1893.

© ANM

M. Bergeron, secrétaire perpétuel, prononce l'éloge de Chauffard.

Prix de l'année 1890 : *Prix de l'Académie* (1,000 fr.). M. Germain, médecin-major à Reims. — *Prix Alvarenga de Piauhy* (Brésil) (800 fr.). Un prix de 500 fr. est décerné au Dr Moura (de Paris) ; un encouragement de 300 fr. est accordé à M. le Dr Loisel (de Tergnier). Mentions honorables aux Drs Laffitte (de Paris) et Dezautière (de la Machine). — *Prix Amussat* (800 fr.). Le prix n'est pas décerné. — *Prix Barbier* (2,200 fr.). Le prix n'est pas décerné. — *Prix Henri Buignet* (1,500 fr.). Le prix est décerné à M. Œschner de Coninck, maître de conférences à la Faculté de sciences de Montpellier ; mentions honorables à MM. Gaube (du Gers) et le Dr Jays (de Lyon). — *Prix Capuron* (1,000 fr.). M. le Dr Joseph Schuhl, chef de clinique à la Faculté de médecine de Nancy. — *Prix Civrieux* (900 fr.). M. le Dr Droz (du Locle). — *Prix Daudet* (1,000 fr.). Le prix est partagé ainsi : 1° 500 fr. à M. le Dr Darolles (de Provins) ; 2° 500 fr. à M. le Dr Hector Christiani (de Genève), et à Mme le Dr Klasson (de Kiew). — *Prix Desportes* (1,300 fr.). Prix de 1,000 fr. à M. le Dr de Brun (de Beyrouth) ; encouragement de 300 fr. à M. le Dr Rigolet (de Paris). — *Prix Fabret* (1,000 fr.). MM. les Drs Mabille et Lallement, médecins de l'asile d'aliénés de Lafond. — *Prix Godard* (1,000 fr.). Prix de 700 fr. à MM. les Drs Kelsch et Kiener, professeurs au Val-de-Grâce ; Récompense de 300 fr. au Dr Julien Bezançon (de Paris) ; Mentions honorables à MM. les Drs de Brun (de Beyrouth), Eonnet (d'Auray) et Favié, médecin-major. — *Prix Herpin* (1,200 fr.). M. le Dr Huguenard, médecin-major à Bordeaux ; Mention honorable à M. Dr Godin, médecin-major à Antibes. — *Prix de l'Hygiène de l'enfance* (1 200 fr.). Le prix n'est pas décerné. Récompenses : 1° de 800 fr. à M. le Dr Liégard (d'Issy-sur-Seine) ; 2° de 400 fr. à M. le Dr Cotelle (d'Angers). — *Prix Laborie* (5,000 fr.). Prix de 4,000 fr. à M. le docteur Jonnesco (de Paris) ; Encouragement de 1,000 fr. à M. le Dr Delbet (de Paris). — *Prix Laval* (1,000 fr.). M. Morestin, interne à l'Hôpital Tenon. — *Prix Lefèvre* (1,800 fr.). Le prix est partagé entre M. le Dr Rancardier, médecin adjoint de l'asile d'aliénés de Vaucluse, et M. le Dr Nicoulau, médecin adjoint de l'asile Saint-Yon. — *Prix Meynot* (2,600 francs). Le prix est ainsi partagé : 1° 1,600 fr. à M. le docteur Netter (de Paris) ; 2° 1,000 fr. à M. Goguillot, professeur à l'Institution des Sourds-Muets (de Paris). — *Prix Monbinne* (1,500 fr.). Le prix n'est pas décerné. Encouragement de 1,000 fr. à M. le Dr Paul Loye (de Paris) et de 500 fr. à M. le Dr Félix Lagrange, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux. — *Prix Orfila* (2,000 fr.). Aucun mémoire n'a concouru. — *Prix Oulmont* (1,000 fr.). M. Rieffel, interne des hôpitaux de Paris. — *Prix Portal* (800 fr.). M. le Dr Bernard (de Dinard-les-Bains). — *Prix Pourat* (1,200 fr.). M. le Dr Girard (de Genève). — *Prix Saint-Lager* (1,500 fr.). Il n'y a eu aucun concurrent. — *Prix Perron* (3,800 fr.). Prix de 1,000 fr. à M. le Dr Roussy (de Paris) ; le reste du prix est partagé également entre les trois concurrents suivants, auxquels est accordé le titre de lauréats : MM. Grehant (de Paris), Gautrelet (de Paris), R. Blanchard (de Paris) ; Mentions honorables à MM. le Dr Duponchel, professeur agrégé au Val-de-Grâce, le docteur Boinet, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier et Roeser, pharmacien-major à Versailles. — *Prix Saint-Paul* (25,000 fr.). Le prix n'est pas décerné. Un prix d'encouragement de 2,000 fr. est accordé à M. le Dr Gaucher (de Paris) ; une mention honorable avec une somme de 500 fr. à M. le Dr Gilbert (de Genève). — *Prix Stanski* (1,800 fr.). Le prix est partagé entre M. le Dr Frédéric Bordas (de Paris) et M. le Dr Burlureaux, professeur agrégé au Val-de-Grâce. — *Prix Vernois* (700 fr.). Le prix est partagé ainsi : 1° 250 fr. à M. le Dr A.-J. Martin (de Paris) ; 2° 350 fr. à MM. les Drs Potin et Labit, médecins-majors ; 3° 200 fr. à M. le Dr Fernand Lagrange (de Limoges). Mention honorable à M. le Dr Ravenez, médecin-major à Saumur. — *Concours Vulfranc Gerdy* : 2,000 fr. M. Gauly ; 2,000 fr. à M. Gresset ; 1,500 fr. à M. Matton ; 1,500 fr. à M. Cathelineau ; 500 fr. à MM. Boutarel et Lamarque.

Suivent des Récompenses accordées pour les services des Eaux minérales, des Epidémies, de l'Hygiène de l'enfance, de la Vaccine.

P. Sollier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 5 décembre 1890. — Présidence de M. Dumontpallier.

M. Renault présente un malade atteint de *rétrécissement généralisé du système artériel*. — Cette affection, rare, n'a encore fourni que 8 observations renfermées dans le travail de M. Prioleau. Celle du malade présenté est la 7e du mémoire. Depuis 1886, la maladie s'est aggravée. Le malade, âgé de 39 ans, enfant abandonné, entra à 5 ans à l'hôpital des enfants pour des hématuries. Envoyé ensuite à Blois, il y souffrit plusieurs années de privations. Variole légère. En 1875, inflammation d'intestins. En 1882 affaiblissement général, insomnies, selles sanglantes. Douleurs dans l'orteil tellement vives que le malade en perdit l'appétit et le sommeil. Il entra dans le service de M. Labbé où, ayant constaté la présence de sucre dans les urines, on fit le diagnostic de gangrène diabétique. Les orteils se désarticulèrent, une cicatrice se fit, puis, sur les métatarsiens, on constata au bout de quelque temps l'existence d'une tache brunâtre qui disparut peu à peu. En 1884 le pied s'ulcéra de nouveau. Amputation de la jambe au 1/3 inférieur. La cicatrice s'ulcéra au bout de 15 jours au niveau des points de suture, mais elle finit par se compléter en 1885. A la fin de l'année trois orteils du pied droit deviennent bleuâtres ; secousses dans le membre. Douleurs dans la main droite et anesthésie. Le système artériel examiné le 7 juin fut trouvé rétréci. Actuellement la peau qui recouvre les orteils droits est rougeâtre, l'ongle du premier orteil est noir, souffrances très vives à ce niveau. Les pansements humides sont intolérables. On ne trouve le pouls ni d'un côté ni de l'autre ; les battements des radiales et des cubitales sont impalpables dans tout leur trajet. Les battements des carotides sont normaux, ceux des temporales exagérés. On ne sent les battements de la fémorale que dans le triangle du scarpa et dans la fosse iliaque. Les battements du cœur sont réguliers, son volume normal. L'appétit est capricieux, les digestions longues. Rate, foie normaux. Ni albumine, ni sucre dans les urines. Le malade a présenté dans le cours de sa maladie des crises épileptiformes. Elles sont plus rares aujourd'hui, précédées d'une aura d'une minute environ. Quand on fait à ce moment une injection de morphine la crise avorte. Pas de morsure de la langue, pas d'absences, ni de vertiges. Le malade a eu jusqu'à 18 ans de l'incontinence d'urine, due probablement à une affection vésicale, car il a eu des hématuries. Il n'y a pas d'altérations des vaisseaux de la rétine. Il n'est pas douteux que ce malade présente un rétrécissement artériel, qu'il y a insuffisance de l'irrigation sanguine. Ce rétrécissement est très probablement dû à de l'endartérite, car sur le membre coupé on a trouvé dans l'artère pédieuse une endartérite oblitérante parfaitement caractérisée. Le malade n'est pas syphilitique.

M. Laboulbène pense qu'il s'agit plutôt d'un rétrécissement de l'aorte à cause de l'intégrité des artères du cerveau et du cou. Dans un cas observé par lui, à la Charité, il a constaté un état des artères périphériques semblable à celui que présente le malade de M. Renault.

M. Dumontpallier rappelle le travail de M. Leudet sur ce sujet. Chez les malades atteints de gangrène sénile on a cependant noté l'intégrité du système artériel.

M. Hirtz a vu une femme de 36 ans atteinte de rétrécissement congénital des artères et qui était entrée à l'hôpital pour syncope des extrémités, du sphacèle et des spasmes. Sous l'influence du bromure de potassium, à hautes doses, la syncope de la jambe droite disparut.

M. Renault. — Chez mon malade le rétrécissement paraît acquis. Il n'a ni syphilis, ni alcoolisme.

M. Ballet, parmi plusieurs malades analogues, en a vu un identique à celui de M. Renault. On avait dû lui amputer la jambe gauche. Ce malade était atteint d'endartérite généra-

© ANM

lisée. Depuis, il a vu plusieurs malades avec M. le Pr Charcot et a essayé à peu près toutes les thérapeutiques. Le repos absolu est le seul moyen qui lui ait paru soulager les malades.

M. RENAULT. — Ce traitement ne peut malheureusement être appliqué à mon malade car la chaleur du lit lui est insupportable.

M. FERRAND communique le résultat des observations faites pendant son séjour à Berlin, sur l'*action générale de la méthode de Koch*. La plupart des médecins allemands se servent aujourd'hui d'une seringue de Pravaz à piston d'amiante. Des faits observés, en particulier dans le service de Senator, l'orateur croit que l'action de la lymphe de Koch peut se résumer en ces termes : C'est un agent pyrétogène, quant à ses effets locaux et généraux. Il congestionne les capillaires et agit d'une façon spéciale sur les tissus tuberculeux. Ses effets ressemblent à ceux d'un poison musculaire. D'autres auteurs, à cause des accidents produits sur le système nerveux, pensent qu'il s'agit d'un poison du système nerveux et probablement d'action bulbaire. Les contre-indications sont : 1° une généralisation trop étendue de la tuberculose ; 2° l'adynamie ou la grande faiblesse du phtisique ; 3° la forme hémoptoïque de la maladie. Aucun des faits observés ne permet encore d'attribuer à la lymphe de Koch une puissance effectivement curative.

M. CUFFER. — Avant l'ascension de température qui caractérise la période de réaction générale, on observe souvent de l'hypothermie. Les phénomènes de réaction locale sont de 2 ordres : tantôt simple congestion du poumon, tantôt véritable *poussée de granulations tuberculeuses*. On a signalé, en outre, des poussées congestives dans d'autres organes : foie, rate, rein ; l'albuminurie dans un certain nombre de cas. Sous l'influence des inoculations, un travail congestif se fait dans les parties malades. Il est possible qu'il soit le point de départ de modifications favorables, mais on n'en a pas encore cité de cas démonstratif. Les modifications défavorables et les accidents sont indéniables. Il faut surtout diriger les recherches actuelles sur la dose à injecter. Mon intention est d'associer aux inoculations un traitement destiné à modérer l'intensité des phénomènes congestifs.

M. THIBIERGE. — Il n'existe pas un seul cas de *guérison même apparente du lupus* ; il ne faudrait pas conclure cependant que le traitement n'est d'aucune utilité. Lorsqu'on voit persister dans la peau des nodules présentant l'aspect macroscopique du lupus, on peut bien supposer que des lésions semblables doivent persister dans les tissus profonds, alors même que la réaction générale ne se produit plus. On se prend ainsi à douter de l'efficacité de la méthode de Koch dans les tuberculoses viscérales. En présence de ces résultats, il faut mettre en parallèle les accidents indéniables qui se produisent aussi chez les lupiques. Il faut donc s'assurer, avant de commencer le traitement, que ces malades ne sont pas porteurs de tuberculose pulmonaire.

M. DEBOVE. — Considérée comme agent diagnostique, la lymphe donne habituellement la réaction dont on a parlé, mais il y a des exceptions. M. Rémond connait plus de 14 cas de tuberculose certaine où la réaction a fait défaut. Au point de vue thérapeutique, il n'y a pas un seul cas de guérison. Nous ne tenons pas encore les résultats ; nous sommes encore dans la phase expérimentale. Ce point est important, car il faut se souvenir qu'en injectant la lymphe de Koch il s'agit d'expériences et que le médecin se trouve alors en contradiction avec la loi française qui interdit l'emploi des remèdes secrets.

La Société se forme en comité secret pour entendre le rapport de la commission relatif aux propositions de modification du concours du Bureau central faites récemment par M. Henri Huchard.

Séance du 12 décembre 1890. — PRÉSIDENCE DE M. DUMONTPALLIER.

M. DEBOVE présente un malade atteint de *paralysie des deux nerfs moteurs oculaires communs*. Dans ce cas, les releveurs de la paupière ont conservé leurs mouvements ; les pupilles sont égales, légèrement rétrécies, ne rougissant pas à la lumière. Cette paralysie a succédé à un traumatisme. Elle semble être d'origine hystérique, car le malade a présenté de l'anesthésie cutanée et du rétrécissement du champ visuel. Le traumatisme qui a éveillé l'hystérie paraît pouvoir exercer une action après un temps considérable car, il y a deux mois et demi, ce malade a été pris de douleur dans l'épaule, puis de monoplégie incomplète qui persiste encore.

M. BABINSKI. — L'hypothèse de la nature hystérique de cette paralysie est acceptable mais non certaine, car il peut n'y avoir qu'une simple coïncidence, car c'est la première fois qu'on signale ce genre de paralysie dans l'hystérie.

La Société se forme en comité secret. L.-R. REGNIER.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 17 décembre 1890. — PRÉSIDENCE DE M. HORTELOUP.

M. VACHER (d'Orléans) lit une note sur un *nouvel antiseptique*, le *Salicylate de mercure*.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait un rapport sur une observation de M. MICHAUX. Il s'agit d'une *fracture de l'olécrâne* par coup de sabre, traitée par la *suture osseuse*, avec retour rapide de tous les mouvements de l'articulation. La suture de l'olécrâne, lors de fracture, n'a pas été souvent faite ; de plus, l'observation en question diffère un peu de celles qui ont trait à un tel mode de traitement. En effet, il s'agit d'une fracture par coup de sabre, c'est-à-dire avec plaie. M. Michaux opéra son malade le lendemain de l'accident, employa deux fils d'argent, plaça le membre dans l'extension, puis, au bout d'un certain temps, enleva les fils. Après trois semaines il commença les mouvements. Ce malade, déjà présenté à la Société, avait une articulation parfaite à cette époque, c'est-à-dire quelques mois après la suture. C'est là une excellente opération ; toutefois on peut adresser quelques critiques à la façon dont M. Michaux y a procédé. Tout d'abord, la position donnée au bras pendant la réparation osseuse : l'extension n'est pas une position favorable au rétablissement des fonctions du coude. Il préfère la demi-flexion. D'autre part, si l'on avait commencé les mouvements plus tôt, comme dans les cas de résection du coude, la raideur aurait certainement été moins longue à disparaître, quoiqu'elle ait rapidement disparu. Enfin, enlever les fils complique l'opération. Pourquoi ne pas les laisser inclus, comme dans les cas de fracture de la rotule. La réparation est plus lente, le pansement plus délicat quand on doit les enlever. M. Lucas-Championnière est dès aujourd'hui convaincu qu'on doit faire pour l'olécrâne ce qu'on fait pour la rotule, quoique le massage lui ait donné de très bons résultats dans les fractures de cette partie du cubitus.

En effet, dès que la suture est faite, la fracture peut être considérée comme guérie, tandis qu'avec les autres modes de traitement on ne sait jamais à quoi l'on peut aboutir. C'est Cameron, élève de Lister, qui a fait le premier la suture de la rotule pour fracture ; mais c'est à Lister lui-même à qui l'on doit la première suture de l'olécrâne (1881). On en trouvera trois observations dans son mémoire de 1882. La première fois, il enleva les fils ; mais dès sa troisième observation, il reconnut les avantages qu'il y avait à laisser les fils. Un malade fut renvoyé le quinzième jour chez lui et fut bientôt capable de conduire une voiture à quatre chevaux. Jamais, avec les procédés de traitement ordinaire, on avait obtenu semblable résultat. Certes, en France, les sutures dans les fractures ne sont pas très bien vues, et le fait d'ouvrir une fracture, qui n'est pas ouverte, ne plaît pas. Mais on y viendra peu à peu, car la réparation, après cette opération, se fait avec une facilité et une rapidité remarquables. Tout cela est affaire d'antisepsie. Mais il faut reconnaître dès aujourd'hui qu'en procédant ainsi on obtient une guérison très rapide, un prompt rétablissement de la puissance musculaire et de la continuité du membre.

M. BERGER. — Il ne faut pas comparer les fractures de l'olécrâne à celles de la rotule et, de plus, il y a fracture et fracture d'olécrâne. Les *fractures obliques de la base* guérissent très bien sans suture, parce que le contact des surfaces osseuses peut s'obtenir facilement. En vingt jours, l'immobilisation suffit. Quand la fracture siège à la partie moyenne ou au niveau du bec de l'olécrâne, quand le fragment supérieur est écarté de

© ANM

l'extrémité cubitale et que les insertions latérales du biceps sont déchirées, on peut par contrefaire la suture. — M. Berger croit devoir s'élever aussi contre la demi-flexion préconisée par M. Lucas-Championnière ; il préfère l'extension pour le traitement de ces fractures. Ce chirurgien va trop vite, quand il affirme que la suture osseuse est le traitement de l'avenir. Enfin, pour lui, les fils de suture peuvent passer dans l'articulation, sans qu'il en résulte des inconvénients sérieux.

M. L. Championnière.— Quoi qu'en dise M. Berger, on n'obtient pas par l'immobilisation les mêmes résultats que par la suture osseuse. Quand il a parlé de la demi-flexion, il a voulu dire que cette position était la plus favorable après la suture faite ; il ne faut pas confondre cela avec le procédé de traitement qui consiste seulement dans l'immobilisation en extension. Quand l'os est bien suturé, le fragment supérieur suit les mouvements de l'inférieur. Certes on peut passer des fils de suture à travers la surface diarthrodiale, mais il vaut mieux l'éviter quand on le peut. Lister a exagéré beaucoup les inconvénients de cette façon de faire.

M. Chénieux (de Limoges) lit une observation de *polype naso-pharyngien enlevé par la voie naso-maxillaire avec trachéotomie.*

M. Berger montre des pièces ayant trait à une *tumeur blanche du genou* paraissant peu avancée. En faisant la résection, il trouva dans les os des masses tuberculeuses notables. Ce fait prouve qu'il ne faut pas se fier aux apparences et qu'une arthrite tuberculeuse du genou est toujours plus accentuée qu'on ne peut le supposer avant la résection.

M. Bazy. — Dans un cas analogue, j'ai trouvé les os sains ; il est vrai que je n'ai pas réséqué dans une grande étendue les extrémités articulaires.

MM. Peyrot, Le Dentu, Schwartz citent des faits semblables à celui de M. Berger.

Elections. — M. Terrier (F.) est nommé président de la Société pour 1890 ; M. Chauvel, vice-président ; MM. Richelot et Bouilly, secrétaires ; M. Reclus, archiviste ; M. Schwartz, trésorier. Marcel Baudouin.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la Tuberculose par la méthode de Koch à l'Etranger.

Sur le traitement de la tuberculose par le remède de Koch ; par Ed. Hensch. — Cette communication, faite à la Société des médecins de la Charité, a trait à une dizaine de cas, dont un seul présente un intérêt spécial. Il s'agit d'un enfant de 2 ans 1/2 atteint de méningite tuberculeuse à la 3e période. Les 4 injections de lymphe de Koch faites à la dose de 3/10 jusqu'à 7,10 de milligrammes déterminèrent chaque fois une légère élévation thermique (38.2). L'enfant mourut dans le coma, sans qu'il se produisit aucun amendement. A l'autopsie, on constate, à côté des lésions habituelles en pareil cas, une hypertonie énorme des hémisphères et des méninges. L'examen histologique n'a montré aucune tendance à la guérison au niveau des tubercules ou des tissus environnants. L'auteur pense que les injections de lymphe de Koch sont absolument contre-indiquées dans les méningites tuberculeuses, même à la première période, à cause de l'exagération de la pression intra-crânienne qu'elles déterminent. (*Deutsche med. Wochens.*, 11 déc.)

Lupus simple. Mort 36 heures après l'injection de 2 milligrammes de lymphe de Koch ; par le Pr Jarisch (à Innbrusk). — Nous avons publié dans le numéro précédent du *Progrès médical* le résumé de cette observation d'après l'*Internationale Rundschau*. La *Wiener Klin. Wochenschrift* du 11 décembre en publie l'exposé complet suivi de l'autopsie détaillée. Il résulte de celle-ci que la mort a été la conséquence de lésions aiguës : les deux poumons présentent de nombreux petits foyers d'inflammation pneumonique et un œdème très marqué ; on constate également un œdème très prononcé de l'encéphale et de la moelle et des foyers d'hémorrhagie capillaire dans le feuillet pariétal du péricarde, dans le thymus et en différents points de la moelle. Toutes ces lésions paraissent sous la dépendance de la lymphe de Koch.

La valeur diagnostique de la lymphe de Koch.—M. Kaposi a fait sur ce sujet une communication à la Société médicale de Vienne. Il y a deux faits dans l'action de la lymphe de Koch, la réaction générale et la réaction locale. Kaposi a déjà observé des hommes sains ou des malades atteints d'épithélioma qui présentaient une réaction générale très marquée après l'injection de petites doses de liquide de Koch. Il a depuis lors retrouvé cette même réaction dans un cas de syphilis avec éruptions papuleuses, dans un cas de lèpre, dans un cas de sarcome du pharynx et enfin dans un cas de lupus érythémateux. Dans ce cas, en particulier, la température atteint 40° 7 après une injection de 5 milligrammes et des symptômes graves accompagnèrent cette élévation thermique. La réaction locale n'est pas davantage pathognomonique des affections tuberculeuses cutanées. Dans un cas de *lèpre anesthésique*, la réaction locale se manifesta par une coloration rouge brunâtre et un gonflement très marqué au niveau des plaques lépreuses du front et des joues. Cette réaction locale se reproduisit aussi bien après la première qu'après la 2e injection. Dans un cas de *sarcome du pharynx*, on observe à la suite des deux injections une rougeur très marquée et une augmentation de volume de la tumeur, puis après une sécrétion séreuse. La tumeur paraît actuellement un peu plus petite. Dans un cas de *gourme syphilitique ulcérée*, la réaction générale fit défaut, mais les bords de l'ulcère devinrent rouges, tuméfiés et il se produisit une sécrétion séreuse abondante. Enfin dans l'observation de *lupus érythémateux* qui a déjà été citée, la réaction locale fut identique à ce qu'elle est dans le cas de lupus tuberculeux. Les lésions primitives punctiformes même, que l'on retrouvait dans le dos et sur les mains, se tuméfièrent au point de prendre l'apparence d'une éruption achéiforme ou pustuleuse. Un syphilitique qui présentait des éruptions papuleuses n'eut pas de réaction générale mais, par contre, une réaction locale limitée aux amygdales qui se tuméfièrent et devinrent le siège d'une sécrétion séreuse abondante. Un deuxième cas de *lèpre tuberculeuse* n'a présenté qu'une faible réaction générale. Kaposi a remarqué chez quelques-uns de ses lupiques, malgré l'intervalle de 2 jours laissé entre les injections, des symptômes alarmants : quintes de toux, hémoptysies, syncopes prolongées, oppression, vomissements incoercibles, peptonurie. Après la défervescence, ils ont tous présenté une faiblesse très marquée et une émaciation progressive, de telle sorte qu'il est préférable de laisser entre les injections un intervalle de plusieurs jours.

Dans la même séance, M. le Pr Schnitzler a rapporté un cas d'emphysème pulmonaire chez lequel il y eut une réaction générale très marquée et très caractéristique après chaque injection, et, cependant, l'examen minutieux des crachats a toujours fait constater l'absence de bacilles et les signes fournis par l'auscultation et la percussion sont absolument négatifs. Par contre, dans un cas de tuberculose pulmonaire et laryngée avérée, la réaction générale a fait défaut. La valeur diagnostique de la lymphe de Koch ne pourra être appréciée que lorsque l'on connaîtra la dose exacte nécessaire chez tel ou tel malade pour déterminer une réaction (*Wien. Klin. Woch.*, 11 déc.).

Recherches sur l'action de la lymphe de Koch dans la lèpre et le lupus érythémateux.— Le Dr Arning (de Hambourg) a pratiqué chez deux malades atteints de lèpre anesthésique des injections de 2 milligrammes à 1 centigramme de liquide de Koch, sans qu'il se produisit de trouble dans l'état général, excepté cependant une élévation thermique chez un des sujets. On n'observa ni érythème de la peau ou des muqueuses, ni modification de la sécrétion rénale. Par contre, dans un cas de lèpre tuberculeuse traité par le Dr Engel-Reimers, il se produisit une réaction générale très marquée sans réaction locale.

Dans deux cas de lupus érythémateux, la réaction générale se produisit et se caractérisa chez l'un par des frissons, de l'albuminurie, une élévation thermique très marquée pendant deux jours, chez l'autre par de l'érythème, de la céphalalgie, de l'abattement sans élévation thermique marquée. La réaction locale caractéristique a manqué. (*Deutsche med. Woch.*, 11 déc.).

© ANM

De l'immunité dans la diphtérie.

Production de l'immunité pour diphtérie chez les animaux; par le Dr Behring. — Dans cet article, qui est le complément de celui dont nous avons fait l'analyse dans le dernier numéro du *Progrès médical*, le Dr Behring expose les différents procédés au moyen desquels il est arrivé à produire l'immunité pour la diphtérie chez les animaux. L'un de ces procédés consiste à atténuer les cultures par l'addition de trichlorure d'iode et à injecter à deux reprises ces cultures atténuées à des cobayes. Après ce traitement, les cobayes restent réfractaires à l'inoculation de cultures virulentes. Mais on peut procéder autrement. Après l'inoculation d'une culture virulente, on fait pendant 4 jours consécutifs une injection sous-cutanée de 2 c. c. d'une solution de trichlorure d'iode à 1 ou 2 0/0. Pour que la guérison se produise, il est absolument nécessaire que l'injection de trichlorure d'iode soit faite au plus tard 6 heures après l'inoculation de culture virulente. — C'est par le même procédé que Kitasato a réussi à produire l'immunité pour le tétanos chez les lapins. Behring est arrivé à produire aussi l'immunité pour la diphtérie, chez les lapins et les cobayes, par l'injection de péroxyde d'hydrogène. L'auteur insiste sur le fait qu'il n'a pas encore trouvé de moyens thérapeutiques utilisables chez l'homme. M.

CORRESPONDANCE

Absence d'une partie des organes génitaux externes chez deux sœurs.

Mon cher rédacteur en chef,

J'ai eu l'occasion de voir deux cas de malformation dont je vous envoie la relation, qui me paraît assez curieuse pour intéresser les lecteurs du *Progrès médical*.

Marie G..., 42 ans et sa sœur Catherine G..., 35 ans, cultivatrices, sont venues en août dernier me demander d'examiner la plus jeune et de décider s'il n'y aurait pas quelque opération pouvant la rendre apte à contracter mariage attendu, disent-elles, qu'elle ne se croit pas faite comme les autres femmes.

Catherine G... est grande, robuste, très brune, chevelure longue et opulente, voix rude, figure plutôt masculine. Elle est obligée de se couper fréquemment la barbe et même de se raser quelquefois. Le système pileux est également très développé sur tout le corps. La poitrine, les bras, les jambes sont couverts de poils longs et noirs. Les seins sont rudimentaires et le torse mis à nu ressemble à celui d'un homme bien constitué. En revanche, extérieurement, le bassin est celui d'une femme avec un mont de Vénus très fourni de poils. La palpation à travers les parois abdominales et le toucher rectal ne permettent de constater aucune anomalie.

En écartant les cuisses, on aperçoit un sillon assez profond qui va de la région pubienne à l'anus. A la partie supérieure de ce sillon, au-dessous de la symphyse des pubis, se trouve un clitoris long de quatre centimètres environ, susceptible d'érection. Un repli de la peau, près de son extrémité libre, simule assez un prépuce entourant un petit gland imperforé. Au-dessous, on voit l'ouverture du canal de l'urèthre normal. Puis, à égale distance de l'urèthre et de l'anus, toujours sur le sillon, existe un petit diverticulum dans lequel a pu pénétrer avec quelque difficulté, à une profondeur de cinq centimètres, une sonde de femme de la grosseur ordinaire. C'est par ce dernier orifice que les règles s'écoulent facilement chaque mois et sans jamais causer aucun malaise. Absence complète de vagin, de grandes et de petites lèvres.

Marie G..., la sœur aînée, présente les mêmes anomalies que Catherine, toutefois les apparences sont moins masculines, le système pileux moins développé. Le clitoris est aussi moins long et pas encapuchonné.

Les deux sœurs sont nées à la campagne, de parents cultivateurs bien constitués, bien portants et n'ayant pas eu d'autres enfants. Aucun renseignement précis n'a pu être fourni sur les ascendants.

Dr Mabaret du Basty,
à Saint-Léonard (Haute-Vienne).

BIBLIOGRAPHIE

L. Wickham. — **Maladie de la peau dite maladie de Paget, contribution à l'étude des psorospermies cutanées.** Thèse de doctorat, 1890, Masson, éditeur.

Dans la première partie de son important travail, M. Wickham étudie l'aspect clinique de la maladie du mamelon dite de Paget. Nous n'insisterons pas sur cette physionomie symptomatique déjà connue des lecteurs du *Progrès médical* (1). A signaler pourtant la possibilité de cette affection en d'autres points que la mamelle, au niveau du scrotum par exemple ; et aussi ce fait qu'il faut bien se garder de confondre avec la maladie de Paget, un eczéma du sein suivi de cancer. Dans une deuxième partie, l'auteur étudie l'affection au point de vue anatomo-pathologique. Il rappelle les travaux antérieurs et il arrive à ceux qu'il a lui-même entrepris. Il montre que les lésions de cette affection ont des caractères propres et qu'elles peuvent être différenciées de celles de l'eczéma chronique et de l'épithélioma qui simulent surtout la maladie de Paget. Il reconnaît trois phases au développement de la maladie. A la dernière seule convient la dénomination de stade cancéreux. Jusque-là, la maladie de Paget est une affection spéciale atteignant primitivement les épithéliums superficiels ; le cancer ne s'est pas encore développé. Il ne se montre parfois qu'assez tardivement et l'on peut se trouver en présence d'une maladie de Paget bien établie, recouvrant même une grande surface de peau, sans qu'on y voie la moindre trace de néoplasie. Celle-ci naît le plus souvent des conduits galactophores, mais elle peut aussi provenir de l'épiderme, des follicules pilo-sébacées et sudoripares. Nous eussions désiré, à ce propos, que M. Wickham nous renseignât plus complètement sur le point suivant : Lorsque l'épithéliome se développe dans la profondeur des conduits galactophores, y a-t-il ou n'y a-t-il pas d'épithéliome cutané concomitant. On conçoit que le type histologique du cancer dépende de ce seul fait : possibilité d'un épithéliome cylindrique dans le premier cas, pavimenteux dans le second. En dehors de ces différentes lésions, l'auteur signale la présence de coccidies qui jouent dans la production de la maladie de Paget un rôle des plus importants. Il nous est malheureusement impossible, dans une analyse aussi courte que celle-ci, de suivre l'auteur dans ces recherches pleines d'intérêt et toutes nouvelles. La troisième partie de sa thèse leur est presque exclusivement consacrée. L'un des chapitres de cette partie s'occupe de la pathogénie des cancers déduite de l'étude de la maladie de Paget. C'est là une question à l'ordre du jour, d'un intérêt considérable et sur laquelle nous comptons revenir bientôt. Aussi ne ferons-nous que signaler ce chapitre de la thèse de M. Wickham et nous contenterons nous de donner, en ce qui concerne la psorospermose, quelques-unes des conclusions de l'auteur. La présence des parasites parmi les cellules épithéliales et dans leur intérieur même détermine dans les tissus des degrés divers d'inflammation et de prolifération cellulaire. Dans les lobes et les tubes épithéliaux on retrouve les coccidies aux divers stades de leur évolution. Les parasites semblent avoir dans la maladie de Paget une influence directe sur le développement de l'épithéliome. Il résulte des conclusions précédentes que l'hypothèse de la nature parasitaire psorospermique de certaines formes du cancer mérite d'être prise en considération. Tel est, dans un trop court résumé, cet important mémoire qui constitue la monographie la plus complète que nous possédions sur la maladie de Paget en même temps qu'un travail d'une réelle valeur sur cette question née d'hier, les psorospermoses cutanées, à laquelle se rattache peut être celle de l'étude du développement du cancer. Paul Raymond.

Le secret professionnel; par André Hallays, avocat, docteur en droit. Paris, in-8°, 1890. A. Rousseau, éditeur.

« *Nul n'est censé ignorer la Loi.* » C'est un axiome vis-à-vis duquel bien peu sont en règle. Combien peu connaissent seulement les articles du Code qui regardent leurs professions. Pourquoi ? Parce que la lecture du Code est une tâche ingrate ; ingrate encore en est l'interprétation. Et cependant, comme

(1) *Progrès médical*, 1889, nos 36 et 38.

© ANM

l'intelligence en devient claire à qui a la bonne fortune de lire des documents tels que celui de M. A. Hallays!

L'article 378 du Code pénal est ainsi conçu :

« Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires par état ou profession des secrets qu'on leur confie, qui, HORS LE CAS OU LA LOI LES OBLIGE A SE PORTER DÉNONCIATEURS, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de 100 à 500 francs. »

Cet article, M. Hallays l'examine d'abord au point de vue de la théorie générale. Il soutient, de par l'analyse, *la théorie du secret absolu*. La loi, dit-il, n'a pas prévu les subtilités des jurisconsultes (révélation injurieuse, révélation scandaleuse et *tutti quanti*); elle parle de révélation tout court, n'admettant que l'exception mise en relief *suprà*. Le confident doit se taire, même quand il est délié du secret par les intéressés, même devant les supérieurs légitimes ou les surveillants légaux de ces derniers, fût-il question de réclamer des honoraires, ou d'un mariage projeté. Le secret professionnel est une *obligation supérieure* à la dénonciation légale (article 30 du Code d'instruction criminelle), supérieure au témoignage (article 80 du même Code). Le comparant (la comparution est nécessaire) dira qu'il ne peut répondre aux questions posées, même s'il a prêté serment, sans manquer à l'obligation de secret professionnel (Cour de cassation, 18 août 1882); il ne déposera pas. Sa conduite sera la même en matière d'expertises.

« I. Les mêmes règles doivent être appliquées à toutes les professions comprises dans l'article 378. — II. L'article 378 est, en droit, la seule raison d'être du secret professionnel. — III. Sont légalement *secrets* tous les faits qu'un confident *nécessaire* n'a appris qu'à cause de la confiance attachée à sa profession. — IV. L'intention de nuire n'est pas nécessaire pour qu'il y ait délit de révélation des secrets. — V. Personne ne peut affranchir le confident nécessaire de l'obligation du secret. — VI. Aucun article du Code d'instruction criminelle ne restreint la portée générale de l'article 378. »

Quelles sont les professions auxquelles s'applique l'article 378? Les unes sont énoncées dans le texte, les autres sont comprises dans la formule générale « toutes autres personnes, etc. » ce sont : les prêtres, les avocats, les avoués, les agréés, les notaires, les agents de change, les magistrats, les greffiers, les employés des postes et télégraphes. L'historique de chacun de ces éléments, l'étude de toutes les espèces légales, juridiques, professionnelles, confirment le savant docteur en droit dans son opinion : *la discrétion doit être une des nécessités absolues de la profession pourvu que les secrets confiés soient ceux des particuliers*. Sinon il n'y a plus de secret professionnel au sens légal du mot; l'obligation pour tous est absolue.

Il n'y a d'étroit dans cette vue que l'obligation, et cette étroite obligation dénote une ampleur d'idées remarquable, une conception sociale admirablement tutélaire du secret professionnel. Voilà des conclusions véritablement humaines!

P. KERAVAL.

Précis d'Embryologie adapté aux sciences médicales; par P. GILIS, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, chef des travaux anatomiques. Préface par M. Mathias DUVAL. In-18 Diamant. G. Masson, éditeur, Paris.

Ecrit pour les médecins et pour les étudiants en médecine, ce *Précis* apporte aux uns et aux autres les notions d'Embryologie indispensables pour comprendre la raison des dispositions anatomiques normales et la pathogénie des principales malformations. — Incidemment sont signalés les faits de l'évolution ontogénique rappelant la phylogénie. L'auteur a, pour ainsi dire, extrait, des grands traités d'embryologie humaine et comparée et des travaux les plus récents, les éléments d'une embryologie spécialisée en vue des études et des sciences médicales. Cette spécialisation fait l'originalité du livre.

Les faits sont décrits avec clarté et concision; parmi les nombreuses théories, l'auteur choisit la plus vraisemblable, le plus souvent sans faire passer le lecteur par le travail critique qui a déterminé son choix. Les incursions dans l'embryologie comparée, aussi rares que possible, sont toujours justifiées par des nécessités de démonstration ou de généralisation.

Très peu de bibliographie, surcharge encombrante dans un livre didactique dont la lecture doit être courante et facile : les mémoires les plus importants ou les plus récents sont seuls indiqués. Des figures nombreuses (175) sont intercalées dans le texte; elles sont, pour la plupart, demi-schématiques; toutes sont nettes, démonstratives, en parfaite concordance avec le texte. C'est donc un livre fait avec soin, écrit sans précipitation, après avoir été mûri et avoir été soumis à l'épreuve de l'enseignement dans une Faculté de médecine. Il sera lu, avec grand profit, par tous ceux qui désirent, non seulement savoir, mais comprendre l'anatomie. J.

Manuel de conversation en trente langues; par le Dr Poussié, in-16 de poche, 2e édition. Paris, 1890. H. Le Soudier, éditeur.

Rien n'est plus curieux, rien n'est plus instructif que ce vade-mecum portatif destiné à guider le voyageur dans les pays où l'on parle : italien, espagnol, portugais, roumain, grec, breton, allemand, hollandais, anglais, danois, suédois, polonais, russe, basque, hongrois, arabe (dialecte égyptien ou algérien), turc, persan, hindoustani, arménien, cambodgien, annamite, chinois, japonais, malais, wolof. Le latin et le volapük sont également représentés dans ce livre pour comparaison. M. Poussié l'a divisé en quatre parties. La première est consacrée à l'alphabet, à la valeur des lettres et à leur transcription en caractères latins. Dans la seconde, sont analysés les éléments du discours avec les déclinaisons et conjugaisons correspondantes quand il y a lieu. La troisième traite des vocables indispensables à la conversation usuelle. Enfin, à la quatrième, sont réservées les phrases courantes avec la prononciation. — Ce travail est aussi un excellent memento d'ensemble pour le linguiste. P. KERAVAL.

Pleurésie purulente pendant la grossesse; siphon, guérison; par MAYOR. (*Revue Médicale de la Suisse Romande*, 8e année, n° 10).

Cette observation démontre l'utilité du siphon employé par le Dr Revilliod pour la pleurésie purulente; l'auteur ajoute que ce siphon ne peut donner de bons résultats que lorsqu'on l'emploie à l'évacuation permanente de la poche pleurale et au lavage de cette cavité, tant que besoin en est. Ces lavages ne doivent pas être trop répétés, car ils retardent la cicatrisation, refoulent le poumon et favorisent la formation de fistules persistantes.

Statistique sur la Pellagre observée à Cavargère; par LÉVI RICCARDO.

L'auteur n'a pu faire que très peu d'autopsies sans examen histologique; aussi, nous relèverons seulement ses idées sur l'influence de l'hérédité. Pour lui, les pellagreux héréditaires, loin d'acquérir une sorte d'immunité, sont plus gravement atteints que les autres. Ils y joint des considérations sur les symptômes et la prophylaxie de cette affection. Son travail pourra être consulté avec fruit, car il repose sur un grand nombre d'opérations.

Statue humaine pour l'étude de la circulation; par LUIGI MAZETTI. (*Bullet. des Sc. méd. de Biologie*, série VI, vol. XXIII, fasc. 1).

Cette brochure est consacrée à la description d'une figure anatomique assez curieuse, construite, par Salamon Keisel, en 1678, et présentée par lui à la Société Germaine des curieux de la nature. Le mémoire de Keisel, consacré à la description de sa statue, remis en lumière par Mazotti, est assez intéressant au point de vue des idées mécaniques sur la circulation qui avaient cours à cette époque; c'est un point important pour les érudits qui veulent posséder complètement l'histoire de la découverte et de la vulgarisation de la circulation du sang, découverte, comme on le sait, 40 ans avant.

Hygiène de l'adolescence; par le Dr E. PÉRIER. Paris, 1890. J.-B. Baillière, éditeur.

Ce petit livre, de format et d'allures modestes, est le troisième d'une série comprenant maintenant les trois âges de l'enfance. Le style est clair, plus littéraire que scientifique; l'auteur s'adresse aux gens du monde autant qu'aux médecins. C'est dire que la lecture de ce traité est facile et même agréable. Les principaux chapitres ont trait à la propreté corporelle, à l'hygiène des aliments, de l'air, de l'exercice, au surmenage scolaire : l'auteur prône avec raison les réformes qui ont pour but le développement physique. Enfin, il termine par quelques conseils relatifs à l'hygiène de la jeune fille et au mariage.

J. C.

© ANM

Bibliographie française de l'art dentaire; par TH. DAVID.— Félix Alcan, éditeur, Paris, 1889.

M. le Dr David, directeur de l'Ecole Dentaire, dentiste des hôpitaux de Paris, a publié une bibliographie française de l'art dentaire, dont M. L.-H. Petit, bibliothécaire adjoint à la Faculté de médecine, a bien voulu écrire la préface.

Cet ouvrage se rapporte exclusivement à la bibliographie française. Il paraît complet et bien compris. L'agencement du volume laisse peu à désirer d'une façon générale ; toutefois les tables auraient gagné peut-être à être plus soignées. En tous cas, il rendra à tous ceux qu'intéresse l'art dentaire les plus grands services. On comprend que son analyse soit matériellement impossible, puisqu'il ne se compose que d'une série d'indications bibliographiques. Nous nous bornons donc à le signaler tout particulièrement aux dentistes et aux chirurgiens, car l'auteur nous fournit aussi quelques données sur certaines affections chirurgicales de la bouche.

Code manuel des médecins et pharmaciens de réserve et de l'armée territoriale ; par le Dr Lucien COLLIN, 1 vol. in-12. — Paris, O. Doin, 1890.

Aujourd'hui que tout le monde appartient à l'armée à un titre quelconque, on a fréquemment besoin d'être renseigné sur les formalités à remplir dans certains cas, soit pour les sursis, les dispenses, les appels, les changements de domicile, et ses droits et ses devoirs pendant les périodes d'instruction, et en dehors d'elles; — le petit manuel, très clair et très précis, renferme tous les renseignements nécessaires sur ces différents points, avec des modèles de formules réglementaires. Nous ne pouvons que le recommander vivement comme très simple et très pratique. P. S.

De l'origine cardiaque de la mort subite; par le Dr Paul BERNARD. — Paris, Steinheil, éditeur, 1890.

Cette petite brochure, qui a surtout un intérêt médico-légal, montre, par la statistique et la pratique des autopsies, que la mort subite a presque toujours pour origine le cœur.

Depuis 1835, le nombre des morts subites augmente en France, elle paraît baisser, au contraire, à Lyon et dans le département du Rhône. Les trois quarts des individus qui meurent subitement appartiennent au sexe masculin. Plus un individu est âgé, plus il a de chances de mourir subitement, la mort subite est exceptionnelle chez les enfants. L'influence du froid, de la réplétion de l'estomac, des émotions, des adhérences pleurales, est indéniable. Il est impossible d'affirmer la cause réelle de la mort subite sans pratiquer l'autopsie.

VARIA

Une Révolution.

Les Assistants dans les Hôpitaux.

A la dernière séance de la *Société médicale des hôpitaux*, il a été décidé que MM. Besnier et Vidal, médecins de l'hôpital Saint-Louis, auraient un *assistant*, nommé au concours. Un médecin du bureau central aura le droit de choisir cette place.— Voilà la révolution faite ! C'est une tentative. L'avenir dira ce qu'elle vaut, ainsi comprise ; mais le reste ne sera plus qu'une affaire de temps. Nous sommes heureux d'enregistrer ce progrès. Un vent de réforme semble souffler de toutes parts. L'agitation créée par la presse médicale et depuis longtemps par le *Progrès médical* n'aura donc pas été vaine.

Le Choléra.

Mesures à la frontière d'Espagne. — Dans la semaine qui vient de s'écouler, les postes de Cerbère et de Hendaye ont été fermés. Les directeurs de la santé ont été invités à ne plus considérer comme suspectes les provenances d'Espagne. En conséquence, un décret a été soumis à la signature du président de la République, qui rapporte ceux rendus antérieurement pour assurer des mesures de précaution contre le choléra.

Choléra à l'Etranger. — En Syrie, dans le villayet d'Alep, on accuse, pour la semaine écoulée, 476 décès cholériques, tandis que la semaine précédente il n'y en avait eu que 82. Le total des morts dans le vilayet, depuis trois mois, monte à 1,878. Dans le vilayet d'Adana, on aurait constaté 53 décès cholériques, la semaine dernière, dont 47 dans la ville de ce nom, où le choléra paraît prendre une grande extension. D'après une dépêche de notre consul à Alep, il y aurait une moyenne journalière de 70 morts à Adana, ce qui constituerait un intense foyer cholérique pour une ville d'environ 40,000 habitants. Bref, il semble qu'il y ait une recrudescence de choléra vers le nord du vilayet d'Alep ainsi que vers le vilayet d'Adana. L'épidémie a fait son apparition à Tripoli, de Syrie, où il y a eu 4 décès cholériques les 8 et 9 courant. En résumé, dans les districts de Syrie atteints, la mortalité cholérique, depuis trois mois, s'élève à 6,000 décès, sur une population d'environ 600,000 ames, soit 1 décès sur 100 habitants.

L'impôt sur les spécialités pharmaceutiques.

La discussion du budget est terminée et il n'a pas été question de l'impôt sur les spécialités pharmaceutiques. Divers députés, entre autres notre ami C. Pelletan, ont fourni par d'autres moyens les ressources nécessaires pour équilibrer le budget. Le gouvernement n'avait plus alors qu'à retirer le projet de loi si mal établi, si mal étudié qu'il avait présenté et qui a causé une émotion d'autant plus vive à l'universalité des pharmaciens, qu'ils se savaient menacés de mesures vexatoires. Suivant la juste remarque du *Répertoire de Pharmacie*, « l'agitation qui s'est faite à ce sujet n'a pas été étrangère à cette solution. » B.

Conférence de M. Frédéric Passy sur la crémation.

Samedi 15 décembre, M. Frédéric Passy, membre de l'Institut, a fait à la salle de la Société d'horticulture, rue de Grenelle, une intéressante conférence sur la crémation.

Après avoir fait remarquer, au début, que la crémation avait été remise en honneur par la France, sous la Révolution, M. F. Passy s'est attaché à démontrer l'utilité de l'incinération. Je connais, dit-il, une foule de personnes parfaitement respectables qui s'insurgent à l'idée de voir brûler leurs proches; mais, ajoute l'éloquent conférencier, l'inhumation n'est-elle pas plus terrible. Le corps déposé dans la fosse sera réduit en je ne sais quoi d'épouvantable et deviendra le germe de toutes les souillures. M. F. Passy respecte les sentiments de tous, mais il met sous les yeux de l'auditoire la décomposition de la chair aimée, le cérémonial trop long des enterrements, les germes de la maladie mortelle qu'il peut développer dans la maison où il fera, en faisant de nouveaux orphelins, couler de nouvelles larmes. L'incinération est donc préférable. M. Passy parle ensuite du principe vital et se demande en quoi la crémation peut blesser cette croyance puisque la destruction du corps aura lieu d'une façon ou d'une autre. Il se plaint également du clergé opposé à la crémation. Est-ce que, s'écrie-t-il, saint Laurent ou Jeanne d'Arc se sont vus refuser l'entrée du ciel, parce que le premier a péri sur un gril et la seconde sur un bûcher ? Cela est d'autant plus invraisemblable que saint Laurent a été canonisé. Est-ce que le pompier, le sauveteur mourant brûlé dans un incendie, se verra fermer les portes du céleste séjour ? Aucun membre du clergé ne pourrait le prétendre. Comme on le voit, M. Passy a pris la chose du côté impartial et, aussi, les applaudissements du quartier Saint-Germain ne lui ont pas manqué. Comme conclusions, il demande le changement du mode actuel et exhorte les auditeurs à se faire partisans de l'incinération déjà demandée et pratiquée avec avantage et qui n'atteint ni les sentiments, ni la morale, ni les croyances. Devenir poussière ou boue fétide, mieux vaut le premier mode. Encore un peu de temps et les objections matérielles et les anathèmes tomberont. Le public viendra peu à peu à la crémation qui, au point de vue de l'hygiène publique, doit désormais s'imposer. A. ROUSSELET.

Cours de vacances pour les sages-femmes.

Nous avons parlé bien des fois des cours de vacances, qui seraient si utiles aux praticiens. Des cours analogues ne seraient pas moins utiles aux sages-femmes. A propos de ce dernier point, nous extrayons les passages suivants du rapport fait, il y a quelques mois, à l'Académie de Médecine par notre ami P. Budin.

« « On a également institué en Belgique, dans certaines provinces, des conférences pour les sages-femmes. Dans la province de la Flandre occidentale, ces conférences sont bisannuelles ; chaque séance est de 2 heures au minimum. Les sages-femmes reçoivent un jeton de présence qui varie de 1 franc à 3 fr. 50, suivant la distance qu'elles ont à parcourir pour s'y rendre. A la fin de l'année, des primes en argent sont accordées à celles qui se sont distinguées par leur zèle, leur dévouement ou leur mérite. Ces conférences ont pour but de maintenir les connaissances théoriques et pratiques des sages-femmes à la hauteur de la science. »

© ANM

Nous pouvons ajouter qu'il y a quelque chose d'analogue en Allemagne. En tous cas, en Prusse, comme nous l'avons déjà signalé, existe une *Association des sages-femmes*, institution très utile au point de vue de l'instruction comme au point de vue de la moralité. Il serait à souhaiter qu'il existât chez nous quelque chose d'analogue. Nous croyons savoir d'ailleurs qu'on s'occupe de cette question d'une façon très sérieuse.

Faculté de Médecine de Paris.

(2e Trimestre de l'année-scolaire 1890-91)

Inscriptions. — Le registre d'inscriptions sera ouvert le mercredi 7 janvier 1891. — Il sera clos le samedi 24 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 7, jeudi 8, vendredi 9, samedi 10, mercredi 14 et jeudi 15 janvier. 2° Inscriptions de troisième et quatrième années de Doctorat — deuxième, troisième et quatrième années d'Officiat, les vendredi 16, samedi 17, mercredi 21, jeudi 22, vendredi 23 et samedi 24 janvier. L'entrée des pavillons de dissection et des laboratoires des travaux pratiques sera interdite aux étudiants qui n'auraient pas pris l'Inscription trimestrielle aux dates ci-dessus indiquées. 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 jeudi 15 janvier.

Avis spécial à MM. les Internes et Externes des Hôpitaux. — MM. les Etudiants, Internes ou 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 1890-91. — Ce certificat doit être visé par le Directeur de l'établissement hospitalier auquel l'Etudiant est attaché. Ces formalités sont de rigueur : Les Inscriptions seront refusées aux Internes et Externes qui négligeraient de les remplir.

Faculté de médecine de Toulouse.

Voici un extrait d'une lettre adressée à M. Liard, directeur de l'Enseignement supérieur, par M. le Dr Chabbert, rédacteur en chef de l'*Echo médical* de Toulouse.

Lorsqu'il y a quelques années à peine vous procédâtes à l'organisation de l'Ecole de plein exercice, la plupart des nominations que vous fîtes furent l'objet de l'indignation du corps médical et de la presse toulousaine. Ces faits sont trop récents pour être rappelés. Toutefois, ces récriminations étaient justes et, pour notre part, nous ne les trouvâmes pas exagérées. Aujourd'hui, par suite de la création de la Faculté, une nouvelle organisation devient nécessaire, et, en bon père, vous voudriez conserver ceux à qui vous avez donné le jour. Cela part d'un bon naturel ; mais, craignant d'assumer la responsabilité de la mesure, vous seriez bien aise d'être à couvert. Voilà, très probablement, la véritable cause de l'envoi de cette délégation dont nous pensons avoir démontré le côté ridicule. Si vous avez tant à cœur d'être édifié sur la valeur de l'enseignement de notre Ecole, il y aurait un moyen bien simple, celui d'interroger le corps médical de Toulouse. Cette enquête, nous l'avons faite nous-mêmes, il est vrai, sur une petite échelle, et le résultat est loin de répondre à vos souhaits. Tous ceux que nous avons interrogés sont unanimes à reconnaître que, sauf de très rares exceptions, un changement radical s'impose et que notre Faculté ne saurait être viable que tout autant que vous lui donnerez des maîtres justement considérés par leurs travaux et par les titres obtenus dans les concours. Vous concéderez bien que cette opinion est d'un certain poids, surtout émanant de confrères, anciens internes des hôpitaux ou placés à la tête de services hospitaliers ; et elle est d'autant plus désintéressée qu'aucun d'eux n'aspire à monter au pinacle. . .

. . . . . .

Donc, en dépit de toutes les recommandations intéressées de tous les rapports plus ou moins élogieux, ne vous préoccupez que de l'intérêt général. Si vous tenez à doter notre Faculté d'un corps de professeurs instruits, dignes de la haute situation que vous leur conférez, ne faites entrer en ligne de compte que les titres obtenus au concours. C'est là votre palladium, notre sauvegarde. Des nominations faites dans ces conditions défient toute critique, et la chose vous sera d'autant plus facile que déjà de nombreux agrégés de Montpellier, de Bordeaux, de Lille, etc., sont sur les rangs. Des candidatures de cette valeur ne se discutent pas ; aussi vous ne leur ferez pas l'injure de leur préférer ces personnalités présomptueuses qui se figurent qu'une cravate blanche et un maintien doctoral tiennent lieu de talent et constituent des droits acquis, ou bien qu'il suffit de se réclamer d'un maître dont on n'a jamais été l'élève, pour se croire quelqu'un. C'est avec confiance, Monsieur le directeur, que nous attendons votre verdict. Le moment venu, vous saurez vous remémorer vos paroles : « Notre droit ou plutôt notre devoir, dans l'intérêt de la chose publique, comme dans l'intérêt de Toulouse, est de n'avoir qu'un souci : c'est que le personnel de la nouvelle Faculté ne soit inférieur à celui d'aucune des Facultés de médecine de France. » Ce faisant, vous aurez bien mérité du corps médical de la ville de Toulouse.

Veuillez, etc. Dr CHABBERT.

Les Médecins et le Clergé.

L'Association médicale des médecins des Vosges a adressé à l'évêque de St-Dié une lettre curieuse d'où nous extrayons, d'après la *France médicale*, les passages suivants :

Non seulement certains curés de campagne interviennent directement auprès de leurs paroissiens, recommandant, souvent avec insistance, plutôt tel praticien que tel autre, jetant à l'occasion et à mots couverts le discrédit sur un médecin très honnête et très capable, mais nous les avons vus aussi faire des diagnostics erronés, instituer des traitements, donner des consultations, voire même des médicaments qui ne pouvaient qu'être préjudiciables aux intéressés. C'est vous dire en un mot, Monseigneur, que certains prêtres de votre diocèse se livrent à l'exercice illégal de la médecine. Dans d'autres villages, la sœur, quels que soient son ordre et ses attributions, a pris la place du médecin. Elle médicamente toute la commune, sans discernement, soulage ou guérit quelquefois, par hasard, mais, d'autrefois aussi, met le malade en péril. Dans les cas désespérés, aux approches de la mort, pour couvrir sa responsabilité, elle fait appeler un médecin, celui dont elle impose le choix, car il faut qu'elle puisse compter sur une certaine complaisance de la part de ce praticien. Vous ne vous étonnerez donc pas, Monseigneur, que cet état de chose nous ait préoccupé depuis longtemps. Ce n'est pas seulement dans les Vosges que le corps médical a déploré l'empiètement du clergé dans le domaine médical. Des récriminations s'élèvent de tous les points de la France.

La nouvelle découverte de Koch.

« Il convient, dit la *Presse Médicale Belge*, que les médecins dignes de ce nom abandonnent une bonne fois la manie qui a sévi rageusement dans ces derniers temps ; il importe qu'il se refusent à se laisser *interviewer* et surtout à permettre de publier la relation d'opérations ou de cliniques dans des journaux *non médicaux*. On a constaté aujourd'hui les dangers qui en résultent pour le public, qui s'emballe à son tour et se berce des vaines espérances, bientôt cruellement trompées.

« Nous rappelons tous ces confrères à la dignité professionnelle ou plus justement nous les exhortons à ne plus soumettre celle-ci aux épreuves de ces derniers jours et nous leur crions : Cessez de faire parler de vos opérations et de permettre qu'on relate vos cliniques ; communiquez vos impressions de voyage dans les seuls journaux médicaux, libre ensuite aux journaux quotidiens d'y puiser les motifs d'un article. Prenez garde, si vous n'en venez pas aux saines traditions de nos aînés, de faire porter par le corps médical tout entier la responsabilité des charlatans, médecins ou non médecins. Que surtout l'exemple de ces réclames voulues ou non voulues ne vienne plus de haut ; sinon vous nous ferez marcher à grands pas vers la liberté des professions libérales, c'est-à-dire vers le déchaînement général du charlatanisme. »

Laïcisation de l'Hôpital de Berck.

Dans sa séance du 11 décembre dernier, sur la proposition de notre ami le Dr A. Pétrot, le Conseil municipal, par 53 voix contre 16, a invité l'administration de l'Assistance publique à laïciser l'Hôpital de Berck dans le plus bref délai possible. Le Directeur de l'Assistance publique ne manquera pas de transmettre ce vœu à son Conseil de surveillance. Il sait qu'il a plus de 300 infirmières diplômées à sa disposition.

Les Religieuses hospitalières jugées par M. Husson.

(*Mémoires du baron* HAUSSMANN, tom. II, p. 79).

Le passage suivant des *Mémoires* de M. le baron Haussmann mérite d'attirer l'attention :

« A l'Assistance publique, M. Husson apporta ses qualités d'application, d'ordre méthodique, d'investigations détaillées.

© ANM

Mais je dus contenir son zèle de réformes à l'endroit des sœurs hospitalières, auxquelles il reprochait de coûter trop cher, bien que mal payées (150 fr. chacune) (1), à cause de leur nombre exagéré, du temps qu'elles passaient aux exercices religieux dans leurs communautés; des aides qu'il leur fallait pour tout; de leur tendance au gaspillage; et, grief beaucoup plus grave, de tenir souvent trop peu de compte des prescriptions médicales, pour agir à leur tête. Il n'appréciait pas assez les qualités admirables par lesquelles ces saintes filles rachetaient tout cela.

« Je suppose que s'il eût été le maître, on aurait assisté dès lors à quelque essai de laïcisation, surtout dans les bureaux de bienfaisance. »

Nous remercions vivement M. le baron Haussmann de nous avoir fait connaître l'opinion de M. Husson, directeur de l'Assistance publique, pendant les dix dernières années de l'Empire, sur les *Religieuses hospitalières* et sur la *laïcisation* de l'Assistance publique.

Inauguration du dépôt mortuaire municipal du cimetière du Nord.

Samedi dernier a eu lieu, au cimetière Montmartre (cimetière du Nord), l'inauguration d'un dépôt mortuaire. Ce dépôt a été installé rue de Maistre, n° 17, à titre d'essai, à la suite d'une délibération du Conseil municipal du 21 juillet 1890. Depuis dix ans déjà l'étude de dépôts de ce genre a été commencée, mais rien n'avait été exécuté jusqu'à ce jour. Le terrible drame de la famille Hayem survenu cette année a hâté la question. Au nom de la 2e commission, M. Ch. Laurent a demandé cette réforme d'urgence pour éviter chez les familles pauvres, vivant entassées dans de petits logements, lorsqu'un de leurs membres vient à mourir, le séjour du corps 24, 36, ou quelquefois 48 heures. M. Menant, Directeur des affaires municipales, sur les indications de MM. Brouardel et du Mesnil, a chargé M. Jomont, ingénieur de la voie publique, d'aménager le dépôt mortuaire dans les constructions édifiées pour servir de bureau provisoire de conservation pendant les travaux du pont de Caulaincourt.

Le bâtiment se compose d'un rez-de-chaussée carré divisé en deux parties égales par un couloir central de chaque côté duquel sont trois pièces munies chacune d'un vasistas. L'une d'elles est destinée à servir d'exposition pour les corps au moment du départ du convoi. Les cinq autres contiennent un lit et une chaise; le lit est en fer et garni d'un matelas de crin et recouvert d'une toile de caoutchouc. Le corps doit être recouvert d'une toile moleskine blanche à double face.

Dans chaque chambre, dont le sol est en mosaïque, existe une pente avec ouverture inférieure pour l'écoulement des eaux. Dans le haut de chaque pièce est ménagée une ouverture correspondant à un ventilateur placé au centre de la toiture au-dessus du couloir central où brûle une couronne de gaz.

Le bâtiment est relié téléphoniquement au bureau du conservateur qui, lui-même, est muni d'un appareil téléphonique.

Le transport des corps est assuré par le personnel du dépôt. Il est effectué : 1° Pour les décédés du 18e arrondissement au moyen d'une voiture spéciale, traînée à bras et munie d'une planche mobile à poignées permettant d'aller chercher le corps dans la chambre mortuaire. Le corps est déposé sur cette planche après avoir été préalablement entouré d'une toile caoutchoutée et le visage restant, toutefois, à découvert et les mains libres. Il est fixé solidement à l'aide de courroies transversales en X, puis descendu et installé dans la voiture.

Une répétition de l'opération a été faite avec succès devant les personnes présentes, le mort étant figuré par un jeune employé du cimetière. Quant aux décédés sur la voie publique, il sont transportés au moyen des Ambulances municipales servant au transport des malades (2).

On n'admet au dépôt de la rue de Maistre que les corps des personnes décédées par suite de maladies non contagieuses. Les familles sont admises à veiller les corps au dépôt mortuaire jusqu'à 8 heures du soir. La surveillance est exercée la nuit par un agent du cimetière.

A. R.

(1) 200 fr. pour la plupart des congrégations hospitalières de Paris; 150 fr. pour deux ou trois; 300 fr. dans les Asiles d'aliénés.

(2) Cette coutume devrait à notre avis être complètement supprimée. Les voitures des Ambulances municipales sont faites pour transporter des vivants et non des morts. Faire servir ces voitures aux morts doit causer une pénible impression aux pauvres gens transportés à l'Hôpital. Le plus modeste fourgon est bien suffisant. C'est ce que M. le Dr Mauriac emploie depuis quelque temps à Bordeaux où le public avait pris en horreur les brancards sur lesquels on transportait indifféremment les blessés, les malades ou les morts.

La loi sur la vaccination et la revaccination au Comité consultatif d'hygiène publique de France.

M. le Pr Proust, au nom de la deuxième commission de ce Comité, a lu dans une des dernières séances un rapport dont la conclusion est de *rendre obligatoire la vaccination et la revaccination*. Le point de départ de ce rapport a été, comme pour le rapport de M. Brouardel sur la fièvre typhoïde, une lettre de M. le président du Conseil, ministre de la guerre, qui signalait des épidémies de variole sévissant d'une façon permanente en Bretagne. A ce propos, M. Proust a lu un rapport de M. Fée, directeur du service de santé du 11e corps d'armée, rapport où l'on trouve des renseignements intéressants sur *l'épidémie variolique en Bretagne* : « Toutes les fois que l'invasion de l'épidémie variolique vous est annoncée dans une localité, dit M. Fée, vous ordonnez d'abord qu'aucun militaire n'y sera plus envoyé en permission, puis que tous ceux qui s'y trouveraient en congé ou en permission seront maintenus dans ces situations. Ces mesures préservatrices, d'une nécessité impérieuse, sont, cela va sans dire, maintenues tant que subsisteront tous les motifs d'inquiétude qui les avaient motivées... C'est sur les départements bretons proprement dits, le Finistère et surtout le Morbihan, que l'attention doit se porter. Pour le premier de ces départements, il n'y a pas eu moins de vingt épidémies pendant ces dernières années; elles ont entraîné pour vingt communes l'état de quarantaine militaires pendant 2,294 jours, soit pendant 115 jours par commune. Dans le Morbihan où la variole sévit d'une façon absolument permanente, l'état épidémique a été déclaré dans quarante-quatre communes; il a duré 5,018 jours, 114 jours en moyenne par commune. Il y a trop longtemps qu'en Bretagne, non seulement les vaccinations des adultes sont inconnues, mais la vaccination des enfants en bas âge est négligée; la mortalité énorme qu'ont entraînée plusieurs épidémies récentes ne permet pas de doute à cet égard. Je ne citerai dans cet ordre d'idées que l'épidémie de 1888-89, à Douarnenez; elle donnait sur une population de quatre mille âmes : 1 décès variolique en 1887; 13 en novembre 1887; 21 en décembre 1887; 37 en janvier 1888; 82 en février 1888; 132 en mars 1888. »

M. le Dr du Mesnil a rappelé à ce propos qu'en 1888 la variole a sévi dans 61 communes du Morbihan, où elle a atteint 2,844 personnes, dont 990 ont succombé; qu'en 1889, dans le même département, le nombre des communes visitées par la variole a été de 69, celui des malades de 3,496, celui des morts de 1,173. M. le Dr Bourneville a demandé que TOUS les étudiants de TOUTES les Ecoles supérieures soient obligés de se faire revacciner. M. Chauveau croit que l'intervention active des préfets et des sous-préfets pourrait être très efficace pour faire entrer la vaccination dans les mœurs. Sur la proposition de M. Brouardel, président, le comité, à l'unanimité, *a émis le vœu que la loi rendit au plus tôt obligatoire la vaccination et la revaccination*, et qu'en attendant, l'administration, dans tous les domaines, et spécialement dans les écoles, s'employât activement à les propager et, dans la mesure du possible, à les imposer.

Hygiène publique et secret médical.

Dans un de ses derniers rapports sur les épidémies de fièvre typhoïde qui règnent en France, M. Brouardel a relevé, en ce qui concerne la ville de Caen, certaines particularités curieuses; car, si l'on en croit le doyen de la Faculté de médecine, quelques médecins de cette ville, se retranchant derrière le secret professionnel, auraient refusé d'indiquer la cause de la mort de leurs malades.

« Le chiffre qui exprime *le nombre des décès pour cause inconnue est véritablement singulier*, dit M. Brouardel. En trois ans, Caen a eu 3,629 décès, sur lesquels 2,641 sont rangés sous la rubrique cause inconnue. Il est fort probable que quelques médecins refusent d'une façon systématique de déclarer la cause de la mort de leurs malades et par suite tous les résultats de la statistique sont entachés d'erreur. Ils se retranchent sans doute, pour refuser ces communications, derrière le secret professionnel. Je ne me permettrai pas de blâmer la règle de conduite que leur dicte leur conscience, mais je crois qu'ils adoptent une fausse interprétation du secret médical..... Je m'adresse directement à eux. Ont-ils connaissance d'un cas dans lequel une famille, après avoir perdu un enfant de fièvre typhoïde, a caché les causes de la mort? Si eux-mêmes avaient la douleur de perdre un des leurs par fièvre typhoïde, se renfermeraient-ils dans le silence quand leurs amis les interrogeraient sur la cause de l'événement qui les frappe? Certainement non. Eh bien, quel est le résultat du système qu'ils acceptent actuellement? Personne n'ignore que telle personne a succombé à la fièvre typhoïde, mais l'autorité ignore dans quelles conditions est survenue l'infection. Il n'y a de secret que pour elle. Que le médecin dont la conscience n'a probablement pas été suffisamment éclairée sur ce point veuille bien réfléchir aux conséquences de sa conduite. Le foyer de l'infection ty-

© ANM

phique persiste, puisque rien n'a révélé à l'administration qu'il en existe un : quelques mois, quelques années plus tard, la même cause aura les mêmes effets. Le médecin ne se demandera-t-il pas s'il n'est pas responsable de la maladie ou de la mort des nouvelles personnes atteintes? Le secret médical, invoqué dans de telles conditions, ne cache rien de médical ; il cache la cause de la maladie et condamne de nouvelles victimes à succomber à leur tour. »

Cours sur les soins à donner en cas d'urgence.

L'Association de la Croix-Rouge de Belgique va organiser des conférences pour l'enseignement des *premiers soins à donner aux blessés en cas d'accidents*.

Il y a fort longtemps déjà que le comité de salubrité publique de Schaerbeek est entré dans cette voie si utile, et, tous les ans, des leçons sont données aux agents de la police pour les mettre à même d'intervenir efficacement, en attendant l'arrivée d'un médecin, ou pour aider celui-ci, ou pour procéder à l'enlèvement et au transport du malade ou du blessé dans les conditions les plus favorables. Il en est de même à Saint-Gilles, je pense. C'est une mesure à généraliser.

Toutes les administrations communales devraient suivre cet exemple. Tous les agents de la police devraient être parfaitement au courant de ce qui doit être fait en pareil cas.

Quand un accident arrive, généralement l'agent ne pense qu'à une chose, mettre le blessé dans une voiture et l'envoyer à l'hôpital. Mais cette mise en voiture ou le simple enlèvement du blessé et son transport même dans la maison la plus proche peuvent s'effectuer dans des conditions si déplorables qu'elles deviennent plus dangereuses que l'accident même. Il faut empêcher que cela ne se produise, et l'on devrait mettre ces agents à même de régulariser le concours souvent maladroit et funeste des personnes les mieux intentionnées.

Les administrations provinciales pourraient très utilement appeler sur ce point l'attention des administrations locales, et organiser de semblables conférences pour les communes rurales, avec le concours du réseau sanitaire qui couvre aujourd'hui le pays entier. (*Le Mouvement hygiénique*, Octobre 1890).

Les Sociétés médicales des arrondissements de Paris. Leur adhésion au Conseil général des Sociétés.

« En résumé, Messieurs, votre commission soumet à vos suffrages les conclusions suivantes : 1° La Société médicale du IX^e^ arrondissement, statuant à nouveau sur une proposition d'adhésion à l'Union des Sociétés d'arrondissement, maintient le vote par lequel elle a déjà manifesté l'intention de s'abstenir.

« 2° Tout en étant d'avis que sa participation à cette union de sociétés n'est pas nécessaire pour coopérer à la défense des intérêts professionnels, elle estime néanmoins qu'il y aurait lieu de rendre plus étroits ses rapports avec les autres sociétés d'arrondissement et de se mettre en communication fréquente avec elles par l'intermédiaire des membres délégués à l'effet de choisir le terrain d'une entente commune.

« 3° Il conviendrait de faire examiner par une commission spéciale quelles pourraient être les modifications à introduire dans l'organisation intérieure de la Société, afin de rendre plus active son intervention en faveur de ceux de ses membres qui peuvent avoir légitimement besoin de recourir à son appui à l'occasion d'affaires litigieuses.

« Enfin, Messieurs, votre commission vous propose une dernière conclusion qui, sous forme de vœu, pourrait être communiquée à qui de droit, si vous le jugez utile : 4° La Société médicale du IX^e^ arrondissement, considérant, d'une part, que son concours ne saurait faire défaut à toute tentative ayant pour but d'assurer une meilleure réglementation légale de la médecine et appelée, d'autre part, à s'occuper de nombreux faits démontrant la nécessité de refréner des abus essentiellement préjudiciables à la santé publique, comme aux intérêts de la profession médicale, déclare s'associer aux vœux exprimés auprès du Parlement à l'occasion du projet de revision de la loi du 19 ventôse an XI, pour qu'on adopte et qu'on APPLIQUE résolument des mesures répressives efficaces contre l'exercice illégal de la médecine.

Prix de la Société Royale des sciences médicales et naturelles de Bruxelles (1890-1891).

1° Prix Seutin : Deux questions de chirurgie. 1re Question : *De l'intervention chirurgicale dans les lésions de la colonne vertébrale et de son contenu*. Prix : une somme de 5.000 fr. — 2e Question : *Exposer l'étiologie, le diagnostic et le traitement des salpingites*. Prix : une somme de 5.000 fr. — 2° Prix Dieudonné : Question de médecine. 3e Question : *Faire l'étude bactériologique de la pleurésie purulente. — Déductions à en tirer au point de vue du diagnostic et du traitement*. Prix : une médaille d'or de la valeur de 200 fr. — 3° Question mise au concours par la Société. 4e Question : *Faire l'étude chimique du seigle ergoté ; déterminer les caractères des principes chimiques actifs contenus dans ce médicament et indiquer les formes pharmaceutiques sous lesquelles il convient de l'employer*. Prix : une médaille d'or de la valeur de 200 fr.

La compagnie se réserve d'accorder des médailles d'une valeur à fixer à ceux des concurrents qui, sans avoir mérité le prix, auraient cependant présenté un travail digne de l'insertion dans l'un des journaux de la Société. Les mémoires, écrits lisiblement en français, devront être adressés au secrétaire de la Société, M. le Dr STIENON, rue du Luxembourg, 5, à Bruxelles, avant le 1er juillet 1891. Ils devront être accompagnés d'un billet cacheté contenant les noms, qualités et domicile de l'auteur, et portant sur l'enveloppe la reproduction de la devise ou de l'épigramme inscrite en tête du mémoire. Tout manuscrit envoyé à la Société devient sa propriété ; tout mémoire couronné sera imprimé, soit en entier, soit en partie dans l'un des journaux publiés par la Compagnie, et l'auteur aura droit à 100 exemplaires tirés à part de son travail.

Un faux docteur.

Hector Didier a l'esprit plein de ressources. Pendant l'Exposition, il réalisa d'assez beaux bénéfices dans le commerce des tickets. Le Champ de Mars fermé, il entra, pour passer l'hiver, comme garçon de salle au bal Bullier : Il aimait la compagnie des étudiants et étudiantes, dont il se constituait même, à l'occasion, le banquier, non sans avoir, du reste, exigé de sérieuses garanties de remboursement...

Puis, notre homme rêva quelque chose de mieux et, un matin, il se leva avec la ferme résolution de s'établir « médecin ». Pourquoi pas? N'avait-il pas justement dans son portefeuille une ordonnance — inoffensive — glissée un jour de la poche d'un interne des hôpitaux? Ses conversations avec ses jeunes amis de la Faculté de médecine ne lui avaient-elles pas permis de caser dans un coin de sa mémoire quelques expressions médicales, dont il pouvait, au besoin, se servir? Il n'en fallait pas davantage. Voilà donc notre homme transformé du jour au lendemain en docteur grave et correct. Il jouait son rôle si bien qu'il réussit pendant quelque temps à se faire prendre au sérieux par un oculiste !

Malheureusement, Didier, qui exerçait sous le nom de : docteur de Nancy, eut l'idée de s'affubler en outre de la qualité de « professeur à la Faculté de médecine ! » C'était trop. Un curieux consulta la liste des professeurs, constata sans peine que le docteur de Nancy ne figurait pas parmi eux et confia le résultat de ses recherches à la police. On découvrit alors que le prétendu médecin était tout simplement un escroc, recherché pour divers méfaits, et dont le casier judiciaire n'était pas précisément vierge.

Didier a comparu, dernièrement, devant le tribunal correctionnel qui lui a infligé treize mois de prison.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 22. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Fournier, Ch. Richet, Poirier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Tillaux, Kirmisson, Ribemont-Dessaignes. — (2e *Série*) : MM. Pinard, Terrillon, Jalaguier. — (2e partie) : MM. Straus, A. Robin, Chauffard. — 4e *de Doctorat* : MM. Potain, Hayem, Déjerine.

MARDI 23. — 2e *de Doctorat* (2e partie) (1re *Série*) : MM. Mathias-Duval, Quenu, Gley. — (2e *Série*) : MM. Ball, Schwartz, Nélaton. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Le Fort, Humbert, Bar. — (2e *Série*) : MM. Guyon, Panas, Maygrier. — (2e partie) : MM. Laboulbène, Bouchard, Quinquaud. — 4e *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. G. Sée, Dieulafoy, Chantemesse. — (2e *Série*) : MM. Proust, Debove, Legroux. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Tarnier, Le Dentu, Brun. — (2e partie) : MM. Peter, Hutinel, Hanot.

MERCREDI 24. — Médecine opératoire : MM. Farabeuf, Segond, Jalaguier. — 2e *de Doctorat* (2e partie) (1re *Série*) : MM. Ch. Richet, Marie, Déjerine. — (2e *Série*) : MM. Terrillon, Retterer, Reynier. — 3e *de Doctorat* (2e partie) (1re *Série*) : MM. Fournier, Grancher, Letulle. — (2e *Série*) : MM. Hayem, Chauffard, A. Robin.

VENDREDI 26. — 1er *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Regnauld, Gariel, Villejean. — (2e *Série*) : MM. Baillon, Gautier, Weiss. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Terrillon, A. Robin, Reynier. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Straus, Déjerine, Letulle. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Pinard, Segond, Tuffier. — (2e partie) : MM. Potain, Brissaud, Marie.

SAMEDI 27. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Debove, Gley. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Duplay, Quenu, Maygrier. — (2e *Série*) : MM. Humbert, Brun, Schwartz. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Le Dentu, Bar, Nélaton. — (2e partie) : MM. Peter, Quinquaud, Gilbert.

© ANM

Thèses de la Faculté de Médecine.

MARDI 23.— M. Spivacoff. Traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections sous-cutanées. — M. Sollier. Psychologie de l'idiot et de l'imbécile. — M. Bouel. Anévrysme de l'aorte abdominale.

MERCREDI 24. — M. Petrovitch. Contribution à l'étude des anévrysmes diffus de l'aorte et particulièrement des anévrysmes diffus thoraciques. — M. Le Cudennec. Palper mensurateur. — Toledo. Sur la rigidité du col de l'utérus pendant le travail de l'accouchement. — M. Dennetières. Causes des luxations irréductibles de la hanche, leur traitement par la méthode sanglante. — M. Rossignol (Francis). De l'absence ou de l'état rudimentaire de l'utérus, principalement au point de vue clinique.

VENDREDI 26. — M. Poirier. Des nourrices enceintes. Influence de leur grossesse sur l'enfant qu'elles allaitent. — M. Huyghe. Rapports de l'arthritisme avec les névroses. Paralysie générale arthritique. — M. Cuvillier. Végétations adénoïdes du pharynx nasal chez l'adulte.

SAMEDI 27. — M. Azema. Indications et résultats comparés de quatre méthodes de traitement des rétrécissements de l'urèthre. — M. Sicre. Contribution à l'étude de la maladie kystique de la mamelle (Maladie de Reclus). — M. Grossier. La maternité de l'hôpital Saint-Louis, du 1er janvier 1883 au 1er juillet 1889.— M. Dejean de la Batie. La phtisie des alcooliques. — M. Carpentier. Paralysies alcooliques.

FORMULES

XIII. — L'ichthyol dans les maladies des femmes.

M. FREUND.

XIII.— L'auteur recommande vivement ce médicament dans le traitement des maladies inflammatoires de l'appareil génital des femmes ; son action serait supérieure à celle des autres médicaments employés jusqu'à présent. Localement, il agirait comme antiphlogistique et analgésique ; de plus, il améliorerait notablement l'état général. Il prescrit l'ichthyol simultanément, intus et extra. A l'*intérieur*, trois fois par jour, une dragée de 10 centigr. d'ichthyol, et plus tard deux. A l'*extérieur*, le mélange suivant :

℥ Sulfo-ichthyolate d'ammoniaque. . .	5 grammes.
Glycérine	100 —

Imbiber un tampon qu'on introduira dans le vagin.

Pour hâter la résorption des exsudats, on prescrira, en outre, des frictions sur l'abdomen avec :

℥ Ichthyol.	10 grammes.
Lanoline.	

ou avec du savon ichthyolé :

℥ Ichthyol	1 partie.
Savon vert	10 —

ou bien on ordonnera des suppositoires avec :

℥ Ichthyol	5 à 20 centigrammes.
Beurre de cacao	q. s.

Les érosions du col sont traitées avec le sulfo-ichthyolate d'ammonium pur. Concurremment à l'ichthyol, on peut employer d'autres remèdes, s'il y a lieu. (*Berlin. Klin. Woch.*).

XIV. — Pommade contre l'eczéma de la région anale et des organes génitaux.

M. LUSTGARTEN.

XIV. — Oléate de cocaïne	1 à 2 grammes.
Lanoline	40 grammes.
Huile d'olive	10 —

Mêlez. — Usage externe.

Faire des applications de cette pommade deux fois par jour, et après chaque application saupoudrer la partie avec une poudre absorbante quelconque. Le malade prendra, en outre, des bains de siège chauds au savon. Contre le prurit anal, on se servira avec avantage de suppositoires à l'oléate de cocaïne. (*Sem. méd.*).

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 7 déc. 1890 au samedi 6 déc. 1890, les naissances ont été au nombre de 1286 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 465 ; illégitimes, 177, Total, 642. — *Sexe féminin :* légitimes, 463 ; illégitimes, 183, Total, 644.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 7 déc. 1890 au samedi 13 déc. 1890, les décès ont été au nombre de 1070 savoir : 568 hommes et 502 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 13, F. 7, T. 20. — Variole : M. 0, F. 1, T. 1. — Rougeole : M. 9, F. 12, T. 21. — Scarlatine : M. 2, F. 2, T. 4. — Coqueluche : M. 1, F. 2, T. 3. — Diphtérie, Croup : M. 21, F. 13, T. 34. — Choléra : M. 00, F. 00, T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 134, F. 74, T. 208. — Autres tuberculoses : M. 8, F. 12, T. 20. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 7, T. 8. — Tumeurs malignes : M. 10, F. 32, T. 42. — Méningite simple : M. 10, F. 17, T. 27. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 37, F. 30, T. 67. — Paralysie : M. 9, F. 8, T. 17. — Ramollissement cérébral : M. 7, F. 2, T. 9. — Maladies organiques du cœur : M. 29, F. 33, T. 62. — Bronchite aiguë : M. 25, F. 17, T. 42.— Bronchite chronique : M. 27, F. 17, T. 44. — Broncho-Pneumonie : M. 14, F. 18, T. 32. — Pneumonie : M. 27, F. 37, T. 64. — Gastro-entérite, biberon, M. 21, F. 19, T. 40. — Gastro-entérite, sein : M. 3, F. 3, T. 6. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 2, T. 3. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 6 T. 6. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1.— Débilité congénitale : M. 20, F. 15, T. 35.— Sénilité : M. 17, F. 28, T. 45. — Suicides : M. 6, F. 2, T. 8. — Autres morts violentes : M. 8, F. 4, T. 12. — Autres causes de mort : M. 102, F. 76, T. 178. — Causes restées inconnues : M. 6, F. 5, T. 11.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 83, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 24, illégitimes, 22. Total : 46. — *Sexe féminin* : légitimes, 22, illégitimes, 15. Total : 37.

ECOLE DE MÉDECINE DE DIJON. — *Incident.* — A la suite d'un incident survenu entre M. le Dr Parisot, professeur à l'Ecole de médecine de Dijon, et le Dr Dard, administrateur des hospices, la commission, présidée par le maire de Dijon, avait interdit pour six mois l'entrée des salles de l'Hôpital au docteur Parisot. Il s'ensuivait que les cours de l'Ecole de médecine étaient suspendus depuis huit jours. Après enquête, le ministre de l'instruction publique a prié le maire d'avoir, comme président du conseil d'administration des hospices, à rétablir le docteur Parisot en ses fonctions ; sinon une décision ministérielle fermerait l'Ecole de médecine. Les cours ont été repris.

ECOLES D'INFIRMIÈRES A BORDEAUX. — La Société Protestante de Bordeaux a voté dans sa séance du 6 novembre la création d'une Ecole libre de gardes-malades.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours de la bourse de voyage* (médaille d'or) *pour les Internes en médecine.*— Ce concours a commencé lundi dernier par l'épreuve orale de pathologie interne. La question posée a été : *séméiologie clinique du cœur dans la fièvre typhoïde.* Notes obtenues à cette épreuve : MM. Mosny, 17 ; Souques, 17 ; Dupré, 16 ; Luzet, 16.

Concours des Bourses de Voyage (Médaille d'or) *en chirurgie.* — La question orale posée a été : *Polypes de l'utérus.* Ont obtenu : MM. Legueu et Arnould, 18 ; M. Chevalier, 15 ; M. Faure, 16.

Concours de l'Externat. — L'épreuve de pathologie continue. Voici les dernières questions qui ont été tirées : *Symptômes de l'ascite ; technique de la ponction de l'ascite.* — *Fractures de l'extrémité inférieure du radius.*

Amphithéâtre d'anatomie des Hôpitaux. — M. le Dr QUÉNU, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux, est nommé Directeur des études anatomiques à l'amphithéâtre d'anatomie des Hôpitaux.

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — *Concours de l'Internat.* — 20 candidats s'étaient fait inscrire ; 14 ont répondu à l'appel. La question écrite tirée au sort était : *nerf hypoglosse* (anatomie et physiologie). Les questions restées dans l'urne étaient : nerf maxillaire supérieur et nerf spinal.

BANQUET OFFERT AU PROFESSEUR VERGELY. — Jeudi dernier, nous apprend le *Journal de Médecine de Bordeaux*, la Société de médecine de Bordeaux a offert un banquet au Professeur VERGELY en l'honneur de sa nomination dans la Légion d'honneur. Au dessert, le Dr Demons, président de la Société a porté un premier toast et a félicité M. Vergely dont la vie avait toujours été un exemple d'honneur et de dignité professionnelle. M. Vergely a répondu en remerciant ses collègues des nombreuses marques de sympathie dont il était l'objet. Quelques toasts ont ensuite été portés par les membres de la Société : les jeunes ont bu aux vieux ; les vieux aux jeunes. Puis on s'est séparé en attendant dans le corps médical de Bordeaux la nomination d'un nouveau chevalier.

UNIVERSITÉ A BESANÇON. — Le Conseil municipal de Besançon a demandé à l'unanimité la création d'une université dans cette ville.

© ANM

KOCH AU THÉATRE. — Le traitement de la tuberculose par le docteur Koch commence déjà à inspirer les dramaturges. Le directeur d'un théâtre de Berlin vient de recevoir une pièce à sensation, intitulée : le *Docteur Koch, le sauveur de millions d'hommes*.

PRIX ALVARENGA. — Le Collège de médecine de Philadelphie annonce que le prochain jugement du Prix Alvarenga, revenu annuel du legs de feu Señor Alvarenga, s'élevant à environ 180 dollars sera rendu le 14 juillet 1891. Les candidats au concours pourront traiter n'importe quel sujet de médecine. Leurs envois devront être adressés au Secrétaire du collège, M. Charles W. Dulles, jusqu'au 1er mai 1891.

UNIVERSITÉS. — La commission des universités, réunie sous la présidence de M. Jules Simon, s'est occupée des rapports de l'Etat avec les universités, de la situation du recteur vis-à-vis des universités, et autres questions du même genre. Elle n'a pris encore aucune décision.

UN PHARMACIEN HOMICIDE PAR IMPRUDENCE. — Un pharmacien de Z...., nommé M. X...., a comparu hier devant le tribunal correctionnel de Vienne, sous l'inculpation d'homicide par imprudence. M. X.... avait remis, le 12 octobre dernier, à une dame F..., pour une de ses voisines, six paquets de tue-mouches, consistant en une poudre blanche à base arsenicale, et à une demoiselle M... un paquet contenant un remède antilaiteux destiné à une femme R... qui venait de mettre son enfant en nourrice. Les paquets ne portant aucune marque, Mlle M..., qui s'était chargée de la commission de la femme F.... fit erreur dans la distribution des paquets, et Mme R... absorba dans une infusion le contenu d'un des paquets de tue-mouches. Le pharmacien, prévenu le lendemain, fit administrer un énergique contre-poison, mais trop tard, car Mme R... mourut trois jours après. M. X.... a été condamné à 100 francs d'amende pour infraction à la loi de 1845 et à l'ordonnance de 1846, concernant la marque particulière que l'on doit apposer sur les paquets pour l'usage externe, à 400 francs d'amende pour homicide involontaire et à 1.800 fr. de dommages-intérêts.

UNE FACULTÉ LIBRE COMMUNALE A DOUAI. — Le modeste et très distingué docteur Maugin, ancien interne des hôpitaux de Paris, récemment décédé à Douai, a fait à la ville de Douai un legs très important. Outre sa bibliothèque, ses collections de gravures, d'objets d'art et d'instruments de chirurgie, il laisse, déduction faite de legs particuliers, le surplus de sa fortune — qu'on ne peut encore évaluer, mais qui doit être considérable — à la ville, à la condition qu'il sera employé en acquisition de rentes sur l'Etat dont le produit sera affecté à l'institution de cours publics faits par des professeurs de l'Etat, en vue d'établir le noyau d'une Faculté libre communale. Dans sa dernière séance, le conseil municipal a autorisé l'administration à accepter ce legs et a décidé qu'une des places de la ville porterait le nom de place Maugin.

CONFÉRENCE SUR LA LAÏCISATION DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — M. le Dr BOURNEVILLE fera une conférence sur ce sujet, le samedi 27 courant, à 8 h. 1/2 du soir, dans la grande salle des Fêtes de la mairie du Ve arrondissement. Cette conférence, qui sera présidée par M. le Dr de LANESSAN, député, a été organisée par les soins de la *Bibliothèque populaire des Amis de l'Instruction*.

ON DÉSIRERAIT acheter les *Annales de Dermatologie* de 1880 à 1887. S'adresser, pour les conditions, aux bureaux du journal.

Dyspepsie. — VIN DE CHASSAING. — *Pepsine.* — *Diastase.*

Phthisie, Bronchites chroniques. — EMULSION MARCHAIS.

Dyspepsie. Anorexie. — Ces états pathologiques si fréquents et qui compromettent si gravement la nutrition, sont rapidement modifiés par l'Elixir et pilules GREZ Chlorhydro-pepsiques (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.

Albuminate de fer soluble (LIQUEUR DE LAPRADE) le plus assimilable des ferrugineux (Pr Gubler). Une cuillerée à chaque repas. Chlorose et troubles de la menstruation, c'est le fer gynécologique par excellence.

Phthisie. VIN DE BAYARD à la peptone phosphatée, le plus puissant reconstituant de la thérapeutique. Une à deux cuillerées par repas.

Précieuse. Source de VALS, très efficace contre les affections du Foie et de la Vessie. (Calculs, Gravelle, Diabète, Goutte, etc.) *Prescrite par les Médecins des Hôpitaux de Paris.*

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 31 DÉCEMBRE étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement a cessé 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 à partir du **25 janvier**, *augmentée de* UN FRANC *pour frais de recouvrement. Nous les engageons donc à nous envoyer de suite 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. — Enfin, nous invitons ceux d'entre eux qui auraient égaré des numéros de 1890 à nous les réclamer **avant le vingt janvier.**

Avis à nos lecteurs.

Nous rappelons à nos lecteurs, à nos abonnés et à nos collaborateurs que tout ce qui concerne la rédaction (livres, journaux, manuscrits, communications, etc.) *doit être adressé au Rédacteur en chef, et tout ce qui concerne l'Administration* (abonnements, librairie, annonces, changements d'adresse, mandats) *à M. Hippolyte Durand.*

PUBLICATIONS DU *PROGRÈS MÉDICAL*.

Vient de paraître :

ŒUVRES COMPLÈTES DE J.-M. CHARCOT

Hémorrhagie cérébrale, Hypnotisme, Somnambulisme, etc., etc. Un beau volume in-oct. de 571 pages avec 13 planches en phototypie et chromolithographie (tome IX des Œuvres complètes). Prix : 15 francs. — Pour nos abonnés, prix : 10 francs.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès Médical.

BOURNEVILLE et BRIGON. — **Manuel de technique des autopsies.** Un volume in-32 de XII-200 pages, avec 4 planches hors texte et 16 figures.

— Prix	2 fr. 50
Pour nos abonnés	2 fr. »
Nous avons fait faire un élégant cartonnage Bradel. — Prix du cartonnage	0 fr. 50

Librairie F. ALCAN,
108, boulevard Saint-Germain.

REVUE PHILOSOPHIE. — Sommaire du n° de décembre 1890 (15e année). — M. L. de Roberty : Les antinomies et les modes de l'inconnaissable dans la philosophie évolutionniste. — M. A. Binet : Perception d'enfants. — M. Vernhes : Histoire et philosophie religieuses. — M. Lechalas : Les bases expérimentales de la géométrie. — M. Lalande : Sur la causalité. — Analyses et comptes rendus. — Revue des périodiques étrangers. — *Abonnement* : Un an, Paris, 30 fr. ; départements et étranger, 33 fr. ; La Livraison, 3 fr.

Chronique des Hôpitaux.

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — *Clinique médicale.* — M. le Dr BRISSAUD. Conférences cliniques tous les mercredis à 9 h. 3/4.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

© ANM

18e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XII. N° 52. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 27 DÉCEMBRE 1890.

Le Progrès Médical

OPHTALMOLOGIE

Traitement chirurgical de la conjonctivite granuleuse ;

par le Dr A. DARIER, chef de clinique du Dr Abadie.

La plupart des traitements actuellement employés pour combattre la conjonctivite granuleuse donnent de bons résultats, puisque la plupart sont préconisés par des cliniciens et des observateurs consciencieux; mais ils demandent un temps très long, pouvant aller jusqu'à plusieurs mois, quelquefois même plusieurs années, et les guérisons obtenues ne sont malheureusement trop souvent que temporaires. Un an, ou plus, ou moins, après une guérison que l'on a cru complète, les malades se représentent soit ici, soit ailleurs, avec de nouvelles poussées de granulations.

Le *Trachomcoccus*, agent pathogène de la conjonctivite granuleuse, a été trouvé et décrit par Sattler et par Michel. Après la publication des travaux de ces deux auteurs, nous nous étions attaché aussi à la recherche de ce microbe, mais nous nous sommes contenté de constater la présence de micro-organismes dans le contenu des granulations laissant à de plus expérimentés que nous le soin de les décrire et de les cultiver. Espérons que le jour viendra où, comme pour le *Gonococcus* dans l'ophtalmoblennorrhée, on aura un moyen simple et rapide de faire un diagnostic précis du *trachôme* par le simple examen micrographique.

De toutes les médications employées contre les granulations de la conjonctive, le sulfate de cuivre reste encore comme le microbicide le plus efficace ; mais il est certain que cet agent ne guérit que dans la minorité des cas d'une façon *complète* et *définitive*.

De plus en plus, le traitement du trachôme devient chirurgical.

En juillet dernier, nous avons vu pratiquer, par le Dr Herrenheisser, premier assistant de M. le Pr Sattler, à Prague, une opération qui nous séduisit beaucoup, c'est le grattage, le curettage de tout le tissu granuleux.

Ce mode de traitement avait déjà été vanté par différents auteurs sans s'être généralisé, de même que l'excision du cul-de-sac, la cautérisation au galvano-cautère, etc.

Ce qui nous plut surtout dans le *modus faciendi* de M. le Pr Sattler, c'est : 1° le principe de n'opérer que sous le chloroforme ; 2° la manière dont le grattage était pratiqué après que la conjonctive avait été primitivement scarifiée pour mettre à nu le tissu granuleux souvent recouvert par une conjonctive relativement saine. Nous n'avons vu malheureusement que 2 ou 3 malades traités de cette manière et depuis trop peu de temps pour qu'il nous fût permis de porter un jugement.

De retour à Paris, nous n'avons rien eu de plus pressé que de mettre à l'épreuve cette opération, et cela avec un plein succès. Nous avons essayé le grattage avec et sans chloroforme, en modifiant de toute façon le procédé opératoire pour arriver à la destruction aussi complète que possible de tout le tissu granuleux.

Voici, après bien des tentatives, ce que nous recommandons comme le plus simple et le plus efficace et laissant échapper le moins de granulations accessibles à nos regards.

Nous pouvons décomposer l'opération en 6 temps :

1° *Anesthésie par le chloroforme.*

2° *Agrandissement de la fente palpébrale.*

3° *Renversement complet des paupières*, point sur lequel nous insisterons tout à l'heure.

4° *Scarification de la conjonctive.*

5° *Grattage* avec la curette.

6° *Brossage et lavage avec une solution antiseptique.*

1° *Anesthésie par le chloroforme* (ou l'éther, *ad libitum*).

2° *Agrandissement de la fente palpébrale* par un coup de ciseau donné généreusement à l'angle externe de l'œil. Ce temps de l'opération a une grande importance, surtout chez les trachomateux avec incurvation du cartilage tarse et rétrécissement de la fente palpébrale. Mais, même en dehors de ces cas, il est important parce qu'il permet de déplisser bien complètement toute la surface conjonctivale et de mettre à nu les granulations le plus profondément cachées.

Le grattage une fois terminé, si l'on veut conserver la fente palpébrale agrandie, on fera bien d'affronter la muqueuse à la peau par 3 fils de suture, selon le procédé classique.

3° *Renversement complet des paupières pour bien étaler toute la surface conjonctivale.* — Il est bon de toujours commencer par la paupière inférieure pour éviter d'être gêné par l'écoulement abondant de sang qui viendrait de la paupière supérieure, si celle-ci avait été attaquée la première. — Au moyen d'une pince à forcipressure, on saisit horizontalement le bord palpébral, et, en imprimant à la pince un mouvement de rotation sur elle-même, on enroule autour d'elle la paupière et l'on étale ainsi tout le cul-de-sac palpébral. — Pour la paupière supérieure, une pince spéciale est absolument nécessaire pour arriver à mettre à jour le fond du cul-de-sac, et ce n'est qu'en retournant la paupière deux fois sur elle-même qu'on peut y arriver complètement.

La conjonctive, ainsi mise à nu dans toute son étendue, ce qui est un point absolument capital, on procède alors aux :

4° *Scarifications profondes et serrées parallèlement au bord palpébral.* — Ces scarifications ont pour but d'épargner la surface de la conjonctive, tout en mettant à jour le tissu sous-conjonctival profondément infiltré que l'on voit juter pour ainsi dire à chaque scarification, comme la pulpe d'un fruit dont on crève la coque. Comme scarificateur, nous employons, soit un petit bistouri à 2 tranchants, soit le scarificateur à 3 lames fait par M. Luër sur le modèle de celui vanté dernièrement par M. Lindsay Jonhson, — de Londres. On étanche le sang qui coule à flots et l'on procède au :

5° *Grattage avec la curette de Volkmann.* — Dans nos dernières opérations, nous avons souvent renoncé

© ANM

au curettage, qui est le temps principal du procédé de Sattler; nous le réservons aux seuls cas où l'on a affaire à un tissu très dur, scléreux, sur lequel le brossage n'aurait pas assez d'action; aussi considérons-nous comme temps le plus important le :

6° *Brossage et lavage énergique au sublimé, 1 pour 500, de toute la surface scarifiée, avec une brosse à poils très courts et très durs.* — Ce temps de l'opération, que nous avons emprunté à un médecin russe, dont nous avons oublié le nom, doit être fait avec beaucoup de soin. Tous les points de la surface conjonctivale doivent être énergiquement brossés et lavés en trempant à plusieurs reprises la brosse dans la solution de sublimé, jusqu'à ce qu'il ne reste plus d'élément granuleux; autant du moins qu'on peut s'en rendre compte.

Ces divers temps constituent, nous l'avouons, une opération très sanglante, minutieuse et longue; mais qu'importe, si le résultat est bon, et il l'est.

Le *pansement* est des plus simples. Les 2 premiers jours on applique en permanence des compresses froides au sublimé et les malades sont gardés à la clinique ou renvoyés chez eux en voiture.

Le 3e jour on fait, après renversement des paupières, un lavage des surfaces cruentées avec un tampon d'ouate imbibée d'une solution de sublimé à 1/500. Ce lavage est très douloureux les premiers jours, parce que les paupières sont très tuméfiées, ecchymotiques et très difficiles à retourner. Chez eux, les malades font des lotions fréquentes avec une solution de sublimé à 1/2000, et se présentent tous les jours pour se faire panser pendant 8 ou 15 jours. Au bout de ce temps, en général, les malades sont guéris ou du moins c'est le cas pour la plupart de ceux que nous avons opérés depuis quatre mois. L'avenir nous apprendra si la cure est radicale et définitive.

En tous cas, le soulagement produit par cette intervention chirurgicale est très rapide: au 4e ou 5e jour les malades n'éprouvent plus aucune gêne, aucune douleur. Ils n'ont plus cette sensation si pénible de corps étranger sous les paupières, et c'est là pour eux une grande délivrance; ils sentent que leur mal est guéri et ils le proclament avec joie. — S'il y avait auparavant un pannus ou des ulcérations cornéennes, il y a une amélioration absolument surprenante dès les premiers jours qui suivent l'opération; la cornée s'éclaircit à vue d'œil et la guérison n'est pas longue à arriver. Jamais aucun traitement ne nous avait donné des *résultats aussi satisfaisants et dans un temps si court.* Nous avons obtenu en 8 ou 15 jours, suivant les cas, ce que l'on obtenait par les traitements anciens en 2 ou 3 mois, et quelquefois en plusieurs années; c'est-à-dire la *formation d'un tissu cicatriciel souple, lisse, et n'amenant aucune déformation palpébrale.*

Devons-nous en conclure que tous les trachomateux devront être traités de cette façon? Non. Nous guérissons tous les jours des granuleux avérés par les simples cautérisations au classique sulfate de cuivre et quelquefois même par le sous-acétate de plomb. Mais, à côté de ces cas qu'on pourrait appeler bénins, il y a ceux qui courent toutes les cliniques, traînant leur trachôme pendant des années, et souvent avec des complications fort graves. C'est dans ces cas rebelles à tout traitement que l'on est autorisé à chercher une guérison radicale au prix d'une opération sous le chloroforme, surtout quand elle donne des résultats aussi favorables que ceux que nous avons obtenus.

Le nombre des cas traités, tant par nous-même que par notre maître le docteur Abadie, s'élève déjà à plus de vingt. Dans deux cas seulement, où le grattage n'avait pas été assez énergique, les malades ont dû être soumis à une deuxième intervention sur un œil. Ces deux malades sont aujourd'hui très bien guéris.

Nous tenons à remercier ici notre maître M. le Dr Abadie d'avoir bien voulu nous laisser faire nos premiers essais de cette nouvelle thérapeutique et de l'avoir mise ensuite à l'épreuve de sa longue et haute expérience. Nous lui devons beaucoup d'observations et de conseils profondément judicieux. Nous sommes heureux aussi de constater que M. Abadie, toujours prêt à accueillir le progrès d'où qu'il vienne, est promptement devenu aussi partisan que nous du traitement chirurgical du trachôme. Il déclare hautement que bon nombre de granuleux seront ainsi guéris, qui ne l'eussent certainement pas été par les médications classiques.

REVUE CRITIQUE

De la laparotomie dans la péritonite par perforation au cours de la fièvre typhoïde;

par C. LOUIS, interne des hôpitaux.

Louis, Chomel, Jenner, et d'autres cliniciens après eux, ont considéré la perforation intestinale comme fatalement mortelle (Homolle, article Typhoïde du Dictionnaire Jaccoud). Depuis des faits positifs (Murchison, Griesinger, Buhl, etc.) ont établi que le malade peut survivre; mais ces faits sont tellement rares qu'ils ne peuvent atténuer le pronostic général qui est presque toujours mortel (Ziemssen : *Klinisch Vortraege*, 1888; Spilmann et Ganzinotty, 1886; Dict. Dechambre, art. Péritonite; Jaccoud, Pathologie). Rien d'étonnant alors à ce que, vu l'inefficacité, l'impuissance habituelle du traitement médical, frappés des progrès de la chirurgie abdominale, les médecins aient eu l'idée de recourir à des moyens chirurgicaux dans ces cas.

C'est Leyden qui, le premier, en 1884, dans un rapport sur le traitement de la péritonite par perforation, a préconisé l'intervention chirurgicale. (*Vortrag im Verein für innere Medicin zu Berlin*, 24 mai 1884.)

A la 57e *Assemblée des médecins allemands*, à Magdebourg, au mois de septembre de la même année, Mickuliez lit une note sur le traitement de la perforation de l'estomac et de l'intestin. Il se déclare partisan convaincu de l'intervention, toutes les fois que le malade n'est pas dans le collapsus. Il rapporte quatre observations personnelles; dans l'une d'elles, où il s'agissait probablement de la rupture d'une ulcération typhique, il sutura la perforation et le malade guérit.

L'année suivante, en octobre 1885, Lücke (*Deutsche Zeitschrift fur Chirurgie*) opéra une femme de 28 ans, récemment accouchée, soignée pour une fièvre typhoïde grave dans le service de Kussmaul. Après l'anesthésie par le chloroforme diméthylacétique, on fit la laparotomie médiane. La cavité abdominale contenait un liquide trouble, floconneux, d'odeur fécaloïde. Lücke réséqua une portion cunéiforme de l'intestin perforé, réunit les deux bouts par des sutures de Lembert, lava et draina le péritoine. L'opération avait duré deux heures; vers la fin de l'opération, le pouls avait faibli, il ne reprit pas de force. La mort survint onze heures plus tard dans l'hyperthermie (40°7). A l'autopsie, on trouva dans la cavité de Douglas un demi-litre de pus;

© ANM

il y avait une nécrose circulaire au niveau des sutures intestinales et une congestion pulmonaire très forte. Aussi Lücke proposa-t-il : 1° de drainer la cavité de Douglas par le vagin; 2° d'abréger l'opération en faisant un anus artificiel.

Vers la même époque Greig Smith (Abdominal Surgery, 3e édit., 1890, p. 751) vit une vaste collection de pus et de matières fécales due à une double perforation du gros intestin et de l'intestin grêle. Il draina la poche. Le malade mourut d'épuisement au bout de quatre semaines. Comme il n'y eut pas d'autopsie, on ne peut affirmer l'existence d'une fièvre typhoïde.

En janvier 1886, Escher (*Wien. Med. Wochenschrift*, 1887, p. 607), opérant un jeune homme de vingt ans, porteur d'une hernie scrotale droite qu'il croyait étranglée, tomba sur un sac déshabité, plein de liquide louche qui venait de la cavité abdominale. Il prolongea son incision sur la paroi abdominale, au-dessous de l'anneau, trouva les anses intestinales agglutinées, circonscrivant des poches pleines de liquide roussâtre, trouble, à odeur fécaloïde, mais ne contenant aucune trace de matières fécales. Il lava et draina ces cavités. Le malade guérit. Escher pense qu'il s'agissait d'une perforation intestinale survenue au cours d'une fièvre typhoïde ambulatoire. Mais il est bien possible, à notre avis, qu'il se soit agi simplement d'un cas de périty-phlite par perforation de l'appendice vermiculaire.

La même année, Bartleet, de Birmingham, opéra une péritonite généralisée par perforation, au cours de la fièvre typhoïde. Après une recherche rapide mais infructueuse de la perforation, il se contenta de laver le péritoine, draina et sutura. Le malade mourut le lendemain.

En octobre 1887, R. B. Bontecou (*J. of the Amer. med. Assoc.*, 1888, p. 106) intervint chez un jeune homme de vingt-cinq ans atteint de péritonite au quinzième jour de sa fièvre typhoïde. La perforation datait de quarante-huit heures environ, le malade était dans le collapsus et la mort fatale. L'opération seule présentait une très faible chance de salut. Après éthérisation, on réséqua l'appendice vermiforme ulcéré près de sa base, ferma par une suture de Lembert une perforation ovale située sur l'iléon à un pouce de sa terminaison. Lavage du péritoine. Le malade mourut peu après.

En novembre 1887, Morton (*Annals of Surgery*, t. VIII, 1888) opéra un homme de vingt-trois ans, atteint de fièvre typhoïde ambulatoire vingt heures après la perforation. Il plaça une suture de Lembert sur une perforation située sur l'iléon, à trois pieds du cæcum, et sur une ulcération voisine de la valvule de Bauhin, qui était sur le point de se perforer. Il fit une toilette minutieuse du péritoine. Six heures après l'opération, le malade tomba dans le collapsus et mourut une heure plus tard. A l'autopsie, on trouva une péritonite généralisée.

Au mois d'octobre 1889, Bontecou (*J. of the Amer. Med. Assoc.*, 1890, t. XIV, p. 455) fit sa deuxième opération chez un homme de 27 ans, au quarantième jour de la fièvre typhoïde, au moins dix-sept heures après le début des accidents péritonéaux. Il opéra la nuit. Il appliqua une suture de Lembert sur une ulcération circulaire de 3/8 de pouce de diamètre, située sur l'iléon, à quatre ou cinq pouces du cæcum. Après un lavage du péritoine à l'eau bouillie, il plaça un drain et sutura l'incision médiane.

Après l'opération, l'état du malade était le même qu'auparavant. Le lendemain, le pouls était meilleur, le malade ne souffrait pas et paraissait en voie de guérison. Malheureusement, il fut pris de délire, d'agitation, arracha son pansement avec le drain, tomba dans le collapsus et mourut.

Senn a publié, dans le *Medical News* du 8 juin 1889, l'histoire d'une laparotomie chez un homme de vingt-deux ans, malade depuis trois semaines, atteint de volvulus et de péritonite par perforation.

Après avoir réduit le volvulus, il réséqua la portion de l'intestin gangrené et sutura les deux bouts; il fallut inciser une anse intestinale et évacuer son contenu pour la rentrer dans la cavité abdominale. Lavage du péritoine avec une solution d'acide salicylique à 1/300e. Drainage. Mort dans le collapsus dix heures après l'intervention. A l'autopsie, on trouva une péritonite généralisée. Il y avait sur l'iléon trois ulcérations sur le point de perforer l'intestin.

A propos d'une discussion sur le traitement chirurgical des perforations de l'estomac et de l'intestin, Frank, de Berlin, rapporte (*Beitræge zum Centralblatt f. Chirurgie*, 1889) deux observations, (Hahn) de laparotomie pour perforation intestinale, au cours de la fièvre typhoïde, suivies de mort.

Enfin un chirurgien de la marine japonaise, Kimura, vient de publier dans le *Sei J. Kwai Medical Journal*, Tokio, 1890, IX, p. 55-57, analysé in *Brit. Med. J.*, 1890, II, p. 777, la relation d'une laparotomie faite 28 heures après la perforation chez un typhique âgé de 34 ans, presque moribond. La perforation siégeait sur l'iléon, à deux pouces du cæcum; elle avait le volume d'un petit pois. Kimura fit une suture de Lembert, lava le péritoine avec une solution boriquée faible et chaude, draina et sutura la plaie. Le malade fut amélioré (*cheerful*, joyeux) pendant quelque temps, mais il mourut 9 h. 1/2 après l'opération.

En résumé nous voyons que sur 11 laparotomies, deux seulement, celles de Mickulicz et de Escher, furent suivies de guérison. Celle de Scmith donna une survie de quatre semaines. Et, encore, il n'est pas bien sûr qu'il se soit agi de fièvres typhoïdes.

On doit remarquer toutefois que plusieurs des malades étaient déjà dans le collapsus et que par conséquent leur situation était désespérée. La laparotomie ne s'est présentée chez eux que comme une chance très minime de salut.

Sous prétexte que le succès n'a point répondu à l'attente des chirurgiens, faut-il se désister et se contenter du traitement médical opiacé, qui a donné des guérisons, rares il est vrai, mais parfaitement établies ?

La question a été discutée à la séance du 5 décembre 1887 de l'Académie de Philadelphie, à l'occasion des observations de Morton et de Bontecou; à l'Association chirurgicale américaine, en 1888, à propos d'un mémoire de Meads, et à l'Académie de médecine de Dublin, en mai 1889, à propos d'une communication de J. Nicholas : la laparotomie a trouvé de nombreux partisans. Meads n'admet pas qu'on intervienne si la perforation survient quand le processus infectieux de la fièvre typhoïde est à son apogée, car on n'a aucune chance de succès; mais après la 3e semaine et pendant la convalescence, on peut intervenir. La brièveté de l'opération joue un grand rôle dans le pronostic : il faut faire une laparotomie médiane, chercher la terminaison de l'iléon, suturer la perforation à la paroi, laver le péritoine et drainer. On pourra faire des irrigations par le tube après avoir fermé le ventre. Il est si rare qu'il y ait plusieurs perforations qu'on ne s'ex-

© ANM

posera pas à perdre un temps précieux à la recherche d'une autre perforation.

Une fois le cours des matières rétabli, il y a peu de chance pour qu'une autre ulcération aboutisse à la perforation. Si le malade survit, on traitera plus tard l'anus artificiel.

A l'Académie de Dublin, Nicholas, Ball, Ormsby, tout en disant combien il faut peu compter sur la guérison spontanée et la localisation de la péritonite à la suite de la perforation intestinale, insistent sur la difficulté qu'il y a à reconnaître de bonne heure l'existence de la perforation. Pour eux, l'irruption des matières fécales devant entraîner la mort à coup sûr, toutes les fois que le malade ne sera pas trop faible pour supporter l'opération, on pourra la tenter, comme dernière et unique ressource. Il serait très important de faire d'une façon précise le diagnostic de la perforation dès qu'elle se produit, car tous les auteurs sont d'avis qu'il faut opérer le plus tôt possible, deux ou trois heures après la rupture (Polkohn), avant l'apparition du collapsus (Mickuliez).

Il n'existe malheureusement pas de signe qui permette de faire rapidement un diagnostic ferme. Nous ne parlons pas des cas où le malade est plongé dans la stupeur et où aucune manifestation n'éveille l'attention du médecin. Nous laissons également de côté les cas où existe une douleur extrêmement violente et subite, localisée d'abord dans la fosse iliaque droite ou au voisinage de l'ombilic, puis généralisée, avec des nausées et des vomissements, accompagnée bientôt d'une prostration complète, avec altération profonde des traits du visage et modification de la température du rythme respiratoire, avec élévation et affaiblissement du pouls. Dans ces conditions le diagnostic s'impose. Malheureusement, il est rare de trouver tous ces signes réunis; ils peuvent manquer totalement ou n'apparaître que plus tardivement, ou bien encore exister en dehors de la perforation, dus à une autre cause, et être simplement exagérés après la production de la perforation, ce qui fait qu'ils seront méconnus ou mal interprétés. La douleur peut manquer ou être tellement atténuée qu'elle passe inaperçue, ou est attribuée à une autre cause. Tantôt la température s'élève, mais le plus souvent elle s'abaisse et le malade tombe dans le collapsus. Le pouls devient petit, dur, mais souvent il a ces caractères sans qu'il existe de perforation. Les modifications du rythme respiratoire, l'altération des traits, l'apparition d'une sueur visqueuse sur tout le corps sont des signes d'une valeur et d'une constance toutes relatives. Le hoquet, les vomissements, comme le ballonnement du ventre, peuvent faire défaut ou n'apparaître que fort tard lorsque la péritonite est généralisée.

Leube et Traube attachent une grande importance à la disparition de la matité hépatique, mais la sonorité peut être due à l'interposition d'une anse intestinale entre le foie et la paroi abdominale. Et, d'autre part, dans des cas de perforation vérifiés à l'autopsie, la matité hépatique n'a jamais cessé d'exister. Leube recommande de faire coucher le malade sur le côté gauche et de chercher la matité hépatique sur la ligne axillaire. Mais, même dans ces conditions quand on appuie fortement les doigts sur lesquels on percute, la sonorité manque le plus souvent.

Tschudnowsky a dit avoir entendu deux fois, au niveau des fausses côtes, un bruit de souffle amphorique synchrone avec les mouvements respiratoires.

Or, ce signe peut exister en dehors de toute perforation intestinale (*méthodes d'examen des maladies générales et internes*, Botkine, 2e édition (en russe), St-Pétersbourg, 1887, pages 342, 343 et 344).

Wagner (de Leipzig) accorde une valeur considérable à l'impossibilité de constater les mouvements péristaltiques de l'intestin à travers la paroi abdominale. Tandis que, dans la péritonite habituelle, l'étranglement interne, les anses distendues viennent soulever la paroi, elles sont séparées de celle-ci dans le cas de perforation par les gaz épanchés à travers l'orifice intestinal. Mais l'absence de ces mouvements peut tenir à une paralysie de l'intestin, ou à l'administration de l'opium qui n'est point rare dans la fièvre typhoïde.

Nous ne parlerons que pour mention des bruits de glouglou qu'on observerait en secouant les malades (manœuvre très douloureuse toujours et pouvant être souvent très nuisible). Il en est de même du procédé que Senn préconise pour la recherche des perforations traumatiques de l'intestin par armes à feu, au moyen de l'hydrogène qu'il fait insuffler par le rectum ou par l'estomac.

Tout dernièrement, Levaschoff (de Kazan) (Wratch, 1890, n° 3, p. 53) a publié un article sur le diagnostic de la péritonite par perforation dans la fièvre typhoïde, où il se déclare partisan de l'intervention chirurgicale, « l'unique moyen de traiter les complications de ce genre. » Vers la 4e semaine d'une fièvre typhoïde, à la suite d'un mouvement brusque, son malade fut pris subitement d'une douleur vive dans l'abdomen. Il présentait une sensibilité exquise à la plus légère pression dans la fosse iliaque; il n'y avait ni météorisme, ni de modification du pouls, ni de la température, ni de la respiration, ni du facies. En auscultant l'abdomen, un peu à droite et au-dessous de l'ombilic, au point où le malade accusait le maximum de la douleur, il entendit à chaque inspiration forcée et quelquefois aux inspirations ordinaires un bruit hydroaérique qui se distinguait nettement des glouglous et des gargouillements habituellement perçus dans la région abdominale, et qui rappelaient plutôt le son que fait un gaz qui passe dans un flacon laveur lorsque ses bulles traversent le liquide et viennent éclater à la surface. Pour Levaschoff, c'est en passant à travers la perforation étroite que les gaz produisent ces phénomènes acoustiques. Le fait fut d'ailleurs vérifié à l'autopsie.

Inutile d'insister sur la recherche de ce signe qui permettra, s'il existe, de faire un diagnostic précoce et d'opérer rapidement, dès les premières heures, c'est-à-dire avec les plus grandes chances de succès.

En résumé, lorsqu'au cours d'une fièvre typhoïde on diagnostique une perforation intestinale, que faut-il faire? Doit-on se borner à un traitement médical et tout attendre de lui? Doit-on faire des ponctions répétées de l'intestin pour évacuer son contenu et éviter qu'il s'épanche dans le péritoine, comme l'a proposé Haicé (Australasian med. Gaz., 1888-1889, p. 132)? Celui-ci a perdu son malade de péritonite généralisée, malgré des ponctions répétées du côlon transverse qui avaient cependant rendu de la force et de l'ampleur au pouls. Nous ne croyons pas cette pratique recommandable, car elle est à la fois inefficace et dangereuse.

Lorsque le malade est très abattu, dans le collapsus, l'intervention est discutable; si la péritonite est généralisée, la laparotomie reste la dernière, l'unique chance théorique de salut. Cette chance est bien minime, il est vrai, mais lorsqu'elle est la seule, la dernière, qu'il reste à tenter, devra-t-on la refuser au malade ou à sa famille? Même dans les cas les moins mauvais en apparence, la

© ANM

situation est tellement grave que, toutes les fois que l'opération présentera une ombre d'utilité quelconque, on ne pourra blâmer le chirurgien qui, sans craindre d'assombrir sa statistique, aura tenté un effort désespéré. N'a-t-on pas pratiqué, ne pratique-t-on pas quelquefois la trachéotomie dans les cas de diphtérie toxique ou de croup compliqué de broncho-pneumonie, sans qu'on ait blâmé ces opérations trop souvent inutiles?

Si, dans les cas que nous avons pu recueillir, la laparotomie a été le plus souvent inefficace, inutile, on ne peut dire qu'elle ait jamais été nuisible ou funeste au malade. On peut dire que pour ces interventions c'est une affaire d'appréciation individuelle, de tempérament.

Dans les indications, il faudra tenir compte à la fois du malade, du chirurgien et du milieu. L'opération pour réussir devra être faite le plus tôt possible, dès le diagnostic posé, avec la plus rigoureuse antisepsie. Elle sera aussi rapide que possible; c'est assez dire que les chirurgiens habiles et expérimentés dans la chirurgie abdominale auront seuls chance de réussir. Après une laparotomie médiane, on cherchera la terminaison de l'iléon dans la fosse iliaque, on fermera la perforation, ou, pour aller plus vite, on créera un anus artificiel. Après une toilette péritonéale soignée et rapide, on drainera la cavité abdominale.

Chez la femme, on pourra mettre un drain dans la cavité de Douglas par le vagin (Lücke) et un autre dans la plaie abdominale, permettant de faire dans la suite des lavages ou des irrigations d'eau bouillie par les tubes (Bontecou).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La Noix de Kola.

Pendant l'année 1890, de nombreuses discussions au sujet de l'action de la Noix de Kola et de l'élément actif de cette dernière ont eu lieu à l'Académie de médecine. Depuis ce temps, l'emploi de la Kola s'est répandu, et un certain nombre de travaux, de revues ont été écrits à son propos.

C'est en 1884 que M. le Dr Heckel écrivit son premier mémoire sur ce sujet (1). La plante, connue en botanique sous le nom de *Sterculia acuminata*, est originaire d'Afrique, où elle porte encore les noms de Kula, Gola, Gourou. Elle appartient à la famille des Malvacées. C'est un arbre ayant le port de notre châtaigner. Le fruit est un follicule de 10 à 15 centimètres de long, renfermant 5 à 15 graines, pesant de 5 à 25 grammes. C'est cette graine, ou Noix de Kola, dont se servent les nègres de l'Afrique comme aliment d'épargne. Ces naturels lui attribuent une grande valeur et s'en servent comme monnaie courante. Dans leurs longues courses, ils mâchent et chiquent la noix fraîche, sans l'avaler. Ils peuvent faire ainsi de longs trajets; jusqu'à 80 kilomètres sans souffrir de la faim. M. Heckel a depuis fait de nombreuses observations sur les marcheurs soumis à l'ingestion de la poudre de Kola. Plusieurs médecins militaires et un assez grand nombre d'officiers ont fait des essais avec cette poudre. Des soldats, ayant pris de 2 à 3 grammes de poudre de Kola, pouvaient fournir une marche considérable, sans fatigue, et cela sans manger pendant la journée. Mais la noix sèche contient, quoiqu'en moins grande quantité que la noix fraîche, une huile essentielle, fort excitante, qui est du reste, avec la caféine, à peu près la seule chose qu'ingèrent les nègres africains, qui crachent la partie insoluble. Cette huile, qui a été nommée pour quelques journalistes facétieux: Huile inavouable, a produit une telle excitation génésique chez les soldats soumis au régime de la Kola, que la discipline en souffrait. M. Heckel fut dès lors obligé de supprimer de la poudre en expérience l'huile en question. Il y est arrivé par des fermentations successives et prolongées, qui ont, il est vrai, le désavantage de détruire une partie de la caféine, écueil peu grave pour M. Heckel.

Dans un mémoire sur la caféine, lu à l'Académie de médecine, par M. le Pr G. Sée (1), ce dernier avait attribué les effets excitants du système nerveux, produits par la Kola, à la caféine contenue dans cette noix. Tel n'est pas l'avis de M. Heckel, qui pense qu'en dehors de la caféine il existe dans la Kola une substance à laquelle il a donné, avec M. Schlagdenhauffen, le nom de *Rouge de Kola* (2), possédant ces propriétés neuro-excitantes. Il se base sur ce qu'une dose de 2 à 3 grammes de poudre de Kola produit des effets plus marqués qu'une dose égale de café, les deux graines contenant une quantité égale de caféine. En effet, 3 grammes de Kola contiennent 7 centigrammes au plus de caféine. Or, d'après M. Germain Sée, il est nécessaire de donner 0,60 centigrammes par jour de cet alcaloïde, à doses fractionnées, aux soldats en marche. Enfin M. Heckel a expérimenté la noix de Kola traitée par le chloroforme, c'est-à-dire privée de sa caféine et de sa théobromine, et les résultats produits par son ingestion ont été aussi satisfaisants, sans augmenter notablement les doses. Ce Rouge de kola n'a pas encore été classé au point de vue chimique, ce que reproche M. G. Sée à M. Heckel. Ce dernier suppose que cette substance contient du tanin et des alcaloïdes. Voici, du reste, d'après cet auteur, l'analyse de la Kola faite par lui et M. Schlagdenhauffen. Pour 100 parties de Kola on trouve: 1° Matières solubles dans le chloroforme: caféine, 2,346; théobromine, 0,023; tannin, 0,027; corps gras, 0,585. — 2° Matières solubles dans l'alcool: tannin, 1,591; rouge de Kola, 1,290; glucose, 2,875; sels fixes, 0,070. — 3° Substances solubles dans l'eau et substances insolubles et eau: amidon, 34,754; gomme, 3,040; matières colorantes, 2,561; matières protéiques, 6,761; cendres, 3,325; eau, 11,919; cellulose, 29,831.

Quelle est l'action de la Noix de Kola? Si on admet, avec M. G. Sée, que c'est la caféine seule qui agit dans cette graine, nous nous trouvons en présence des faits suivants.

D'après ce professeur, ce dernier alcaloïde facilite le travail musculaire en augmentant l'activité du système nervo-moteur cérébral et médullaire. La caféine diminuerait ainsi la sensation d'effort et de fatigue, l'essoufflement, les palpitations consécutives. Mais au lieu d'empêcher la perte de nos épargnes, cette substance

(1) *Des Kolas africains, au point de vue botanique, chimique et thérapeutique.* Marpon et Flammarion, 1884.

(1) *Académie de médecine.* — Séance du 11 mars 1890.
(2) Voir *Bulletin général de thérapeutique*, 30 avril 1890.

© ANM

augmenterait les pertes de carbones de l'organisme, surtout des muscles, sans arrêter les pertes azotées. Elle activerait la combustion, loin de la ralentir, et par là même détruirait l'organisme. Après son ingestion, on trouve une augmentation de l'urée.

M. Heckel, qui admet que la caféine n'est pas le seul principe actif de la Kola, et du reste qui a fait des essais avec des produits en grande partie débarrassés de l'alcaloïde, est arrivé à des conclusions tout opposées. D'après lui, ainsi que d'après MM. Schlagdenhauffen et Monnet, la Kola diminue le nombre des contractions cardiaques, en augmentant la tension sanguine et régularisant le cœur. Elle favorise la contraction du muscle cardiaque ainsi que la filtration urinaire à travers le rein. La Kola serait donc un diurétique. De plus, cette excitation musculaire porte sur le système musculaire général ; et loin de trouver une diminution de la nutrition générale, comme l'a constaté M. Sée pour la caféine qui produit une augmentation de l'urée, on aurait trouvé dans l'urine une quantité moindre que normalement de cette matière extractive à la suite de l'ingestion de Kola. M. le Dr Huchard (1) a noté l'excitation cérébrale consécutive à l'absorption de Kola, en guise de café. Cette excitation cérébrale favorise le travail intellectuel. Il a essayé comparativemen. la Caféine et la Kola, et contrairement à l'opinion qu'il avait émise antérieurement, il admet que l'action de la dernière est bien supérieure à celle de l'alcaloïde.

Quoi qu'il en soit, d'après les différents rapports des alpinistes et des officiers ou médecins de l'armée chargés d'examiner l'action de la Kola sur les individus en marche, on voit que cette substance, telle que l'a employée M. Heckel (Rouge de Kola), a une réelle action excitante sur le système musculaire. Les marcheurs, nous l'avons du reste expérimenté sur nous-même, peuvent marcher pendant une journée entière sans manger, après avoir pris, à doses fractionnées, une dose de poudre de Kola variant entre 4 ou 5 grammes. On n'éprouve aucune fatigue musculaire, la soif est peu intense, la sensation de faim ne se fait pas sentir. Le seul inconvénient, si c'en est un, c'est que le soir, à la fin de l'étape, il est nécessaire de prendre un repas très substantiel et copieux, destiné à remplacer celui que la Kola a fait oublier. C'est ainsi que deux officiers ont pu faire l'ascension du Canigou (2,302 mètres) et marcher pendant douze heures interrompues par vingt ou vingt-cinq minutes de repos seulement, en absorbant de 5 à 6 grammes de poudre de Kola. Plusieurs officiers ont pu, en quinze heures et demie, aller de Laval à Rennes (72 kilomètres), en quinze heures et demie, en absorbant, à doses fractionnées, 6 à 7 grammes de poudre de Kola, ce qui représente : 15 centigrammes de caféine. M. Heckel a fait préparer pour les marcheurs des biscuits spéciaux contenant de la poudre de Kola, faciles à transporter en voyage et dont la dose ordinaire est de 5 à 6 par jour. Si on compare les doses minimes de caféine que contient la poudre de Kola ingérée par les voyageurs dont nous venons de donner les exemples, avec les doses de caféine pure qu'il serait nécessaire de prendre pour obtenir les mêmes effets, on ne peut contester qu'il y ait dans la Kola une autre substance active, agissant sur l'organisme comme excitant du système nerveux sympathique et moteur. En effet, pour produire la même action, il serait nécessaire d'employer au moins 50 centigrammes de caféine à doses fractionnées, et encore nous ne pensons pas que les effets puissent durer aussi longtemps. De plus, il est facile de supporter l'action de la Kola sans en ressentir aucun effet fâcheux ; par contre, nous ne savons pas si tout le monde est impressionné comme nous par la caféine, mais il nous a été toujours impossible de prendre plus de 25 centigrammes de cet alcaloïde dans une journée sans ressentir des nausées et une sensation de pesanteur stomacale.

En dehors de cette action stimulante nécessaire aux marcheurs désireux de faire de longues étapes, la Noix de Kola est encore indiquée dans tous les cas d'atonie musculaire et nerveuse, quelle qu'en soit la cause. Dans la convalescence des maladies graves, on retirera un grand bénéfice en prescrivant 1 à 2 grammes de poudre de Kola par jour dans une potion, soit :

Eau	100	grammes
Sirop d'écorce d'oranges amères	50	—
Poudre de Noix de Kola	5	—
Kirsch	30	—

Trois cuillerées à bouche par jour.

Elle rend encore de grands services dans l'anémie, la chlorose, en excitant la motilité et mettant les malades dans des bonnes conditions pour reconstituer leur organisme. Dans la migraine, la céphalalgie consécutives à des excès de travail cérébral, chez les individus fatigués par les grandes chaleurs, la Kola est un excellent tonique. Enfin, MM. Dujardin-Beaumetz et Cunéo l'auraient prescrite dans la diarrhée chronique et la diarrhée de Cochinchine, avec des résultats satisfaisants. La Noix de Kola doit donc être utilisée, nous l'avons vu, à l'état de poudre privée de son huile essentielle, ou bien encore en tablettes ou biscuits comme ceux dont M. Heckel a donné la formule.

(1) *Société médico-pratique*, 8 décembre 1890.

Réformes de l'organisation des hôpitaux de Paris.

Dans sa séance du 19 décembre dernier, la *Société médicale des Hôpitaux* a commencé l'examen du § VII du rapport de M. Rendu, relatif à la création de services spéciaux dans les hôpitaux. M. le Dr Balzer a réclamé l'autorisation pour les médecins de Lourcine et du Midi de faire des consultations de *maladies de la peau*. M. le Dr Gaucher, allant plus loin, a demandé la création de deux services de *Dermatologie*, l'un au Midi, l'autre à Lourcine ; la Société a voté ces deux créations à une forte majorité. — (Nous pensons que ces nouveaux services ne porteront aucun préjudice à l'École de l'hôpital Saint-Louis où l'on trouve tous les éléments nécessaires à un enseignement incomparable de la Dermatologie. Ajoutons que l'on a également demandé le changement des noms de l'hôpital Lourcine et de l'hôpital du Midi (ancien hôpital du Sud). B.

Faculté des sciences de Rennes. — M. Sirodot, professeur de zoologie à la Faculté des sciences de Rennes, est maintenu, pour trois ans, à partir du 17 septembre 1890, dans les fonctions de doyen de ladite Faculté.

© ANM

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 15 décembre 1890. — Présidence de M. Hermite.

M. Viault. — *Sur l'augmentation considérable du nombre des globules rouges dans le sang chez les habitants des hauts plateaux de l'Amérique du Sud.* — Quelle est la raison physiologique qui permet à l'homme et aux animaux de supporter l'atmosphère très raréfiée des hauts lieux ? Les recherches de M. Viault paraissent démontrer que la part la plus importante dans ce phénomène d'adaptation de l'organisme aux basses pressions revient à l'augmentation du nombre des globules rouges du sang, c'est-à-dire de l'élément respiratoire oxygénophore. M. Viault a observé sur son propre sang une différence de deux millions de globules rouges dans deux examens successifs faits l'un à Lima, le second à une altitude de plus de 4,000 mètres. M.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 20 décembre 1890. — Présidence de M. Chauveau.

M. Brown-Séquard envoie une note sur le *liquide testiculaire*. — Elle a pour but d'établir que les élixirs ou sirops, ou autres préparations basées, d'après les réclames, sur les principes de M. Brown-Séquard ne peuvent donner aucun résultat. Contiennent-ils du suc testiculaire vrai, il serait détruit par l'action du suc gastrique dans ces préparations qui sont ingérées par l'estomac. L'auteur ajoute que ses injections ne peuvent avoir d'effets curatifs spéciaux dans la tuberculose. Elles sont néanmoins utiles dans cette maladie, en relevant le système nerveux et en calmant la fièvre.

M. Suarez de Mendoza envoie un volume sur l'*audition colorée*.

M. Laborde dépose une note préalable sur une *curarine cristallisée* qui reproduit les phénomènes de la curarisation. Ce principe immédiat du curare a été isolé et étudié par M. Laborde, avec la collaboration de M. Meyer. Il est insoluble dans la plupart des dissolvants neutres, et on l'obtient combiné avec le zinc ou le cadmium.

M. Straus poursuit depuis deux ans ses recherches sur *la vaccine et le cow-pox*, avec l'aide de MM. Chambon et Menars. Ces recherches, faites dans le but de trouver et d'isoler le microbe de la maladie, n'ont pas donné de résultats à ce point de vue, mais elles ont permis de constater un certain nombre de résultats expérimentaux nouveaux. C'est ainsi que les auteurs ont pu inoculer la vaccine sur la cornée du veau et voir se développer au point inoculé une tache opaque qui s'atténuait et disparaissait au bout de quelques jours. Après cette inoculation cornéenne, l'immunité est acquise et la revaccination cutanée ne donne pas de résultats, à la condition qu'on attende pour la pratiquer quelques jours de plus que si la première inoculation avait porté sur la peau. Par la vaccination dans la chambre antérieure de l'œil, on détermine une vive rougeur de l'œil, et l'immunité se produit aussi rapidement que si l'inoculation avait été cutanée. L'examen des parties de l'œil enflammé ne révèle aucun microbe. L'inoculation sous-cutanée produit les résultats déjà connus, constatés par M. Chauveau dans ses travaux antérieurs. L'injection intra-veineuse de vaccine avait été déjà expérimentée par M. Chauveau. — Sur le cheval on produit ainsi toujours l'immunité et parfois une éruption discrète de cow-pox. Sur la vache l'immunité n'a pas été obtenue par M. Chauveau. M. Straus et ses collaborateurs ont obtenu un résultat différent. En prenant toutes les précautions nécessaires pour ne pas injecter de lymphe dans le tissu cellulaire, on peut inoculer le vaccin dans la jugulaire du veau, et quelles que soient les doses, fortes ou faibles, on obtient l'immunité, comme chez le cheval, sans fièvre et sans éruption. Les auteurs ont ensuite recherché si le sang des animaux en éruption de vaccine a les mêmes propriétés vaccinales. M. Chauveau a fait cette recherche sur le cheval et il a vu qu'après l'injection de grandes quantités de sang, mille grammes par exemple, l'immunité ne s'obtient pas. Maurice Raynaud a publié aussi sur ce point des recherches contradictoires ; une première expérience lui avait fait croire à la production de l'immunité, mais plus tard il revint sur cette idée. M. Straus a d'abord constaté que 350 grammes de sang d'un veau en éruption, transfusés de carotide en carotide, ne procuraient pas l'immunité. Il a essayé ensuite de transfuser des quantités énormes de sang, de quatre à six kilogrammes. La plaie guérissait très bien ; lorsque plus tard on essayait de vacciner l'animal, on constatait qu'il avait parfaitement acquis l'immunité. Les résultats de l'expérience varient donc selon la quantité de sang injecté, et même avec un kilogramme de sang on risque de n'avoir pas de résultats positifs. L'inoculation sous-cutanée de 60 grammes de sang d'un animal en éruption ne donne pas l'immunité ; mais peut-être la dose est-elle insuffisante. D'autre part, en prenant un veau vacciné et guéri de l'éruption, possédant l'immunité bien acquise, et en transfusant le sang de ce veau à un autre animal auquel on avait pratiqué d'abord une saignée déplétive, on pouvait essayer de voir si le sang du premier animal conférerait l'immunité. Malgré la quantité énorme de sang injecté (8 kilos), l'animal transfusé n'a acquis aucune immunité. Le pouvoir vaccinal n'existe donc plus dans le sang de l'animal guéri. Le liquide vaccinal filtré et inoculé ne détermine pas de réactions locales ni générales, même à fortes doses, et cette injection ne confère à l'animal aucune immunité.

M. Chauveau rend justice à la patience et à l'habileté des expérimentateurs qui ont entrepris et poursuivi pendant plus de deux ans ces travaux de longue haleine.

M. Laborde rappelle que lorsqu'on transfuse le sang d'un animal empoisonné par un alcaloïde, la strychnine par exemple, on constate que ce sang n'est pas toxique.

M. Chauveau. — Dans la vaccine, la variole, la clavelée, on ne peut pas constater de microbes ; la seule preuve de la nature corpusculaire du virus, c'est l'inefficacité des liquides filtrés. On peut conclure de plus que les microbes sont en très petit nombre dans ces maladies, car il faut employer des quantités considérables de sang d'un animal infecté pour produire l'immunité.

M. M. Duval dépose une note de M. Treille, professeur à l'Ecole de médecine d'Alger, sur les *parasites du paludisme et les façons de les rechercher*. M. Treille, dans cette note préliminaire, fait ses réserves sur le rôle pathogénique des hématozoaires décrits par M. Laveran.

Alex. Pilliet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance publique annuelle du 28 décembre 1890.
Présidence de M. Moutard-Martin.

Elections de 1891. — M. Regnauld est élu vice-président par 68 voix sur 73 votants. M. Féréol, secrétaire annuel, est maintenu par acclamation dans ses fonctions pour l'année 1891 ; MM. Guyon et Jaccoud sont élus membres du Conseil.

M. Terrier rapporte l'observation d'un cas de *dilatation considérable de la vésicule biliaire d'origine calculeuse*. Chez une femme de 50 ans, une ponction fut d'abord pratiquée qui donna issue à 24 litres de liquide couleur gomme gutte. Trois semaines après, laparotomie. Un calcul de cholestérine était enchatonné dans le canal cystique. La poche énorme formée par la vésicule fut largement ouverte et ses lèvres suturées, puis fixées aux téguments. Un gros drain fut placé dans la poche, drain qu'on supprima au bout de trois semaines. La fistule consécutive s'oblitéra rapidement. Sur des coupes histologiques de la poche on constate qu'il s'agit de la vésicule biliaire dont l'épithélium est altéré et détruit par places. Dans le liquide on ren-

© ANM

contre un seul microbe, un diplococcus. La dilatation de la vésicule par oblitération du canal cystique par un calcul est donc justiciable de l'intervention chirurgicale, qui peut être soit la cholécystotomie suivie d'extirpation de la vésicule biliaire, soit la cholécystectomie, laquelle peut être complète ou incomplète. Il n'y a pas à craindre la formation d'une fistule persistante.

M. Lancereaux attire l'attention sur *les accidents produits par les boissons renfermant des essences (absinthe, amer Picon, vulnéraire, etc.) et leur influence sur la dépopulation de la France.* Il rappelle la différence des symptomes cliniques chez les intoxiqués par les alcools et par les essences, ces dernières déterminent surtout des troubles de la sensibilité, symétriques, localisés aux extrémités et remontent plus ou moins haut. Les paralysies s'observent aussi plus souvent dans le second cas. C'est le plus ordinairement les femmes qui sont intoxiquées par les essences, 8/80. Cette intoxication par les essences prédisposant à la phthisie, amenant un dépérissement considérable, il propose la conclusion suivante, basée sur la plus grande toxicité des essences, sur les dangers qu'elles présentent pour la santé, sur la mortalité qu'elles entraînent en particulier par phtisie. Les moyens de remédier à ces inconvénients serait de limiter le débit de spiritueux et d'exiger des débitants des licences et une moralité reconnue, et enfin, de frapper d'un impôt particulier, outre celui que paient déjà les alcools, tous les liquides renfermant des essences et qui ne sont en somme que des boissons de luxe, toujours nuisibles et jamais utiles.

M. Chervin, lit à propos des *causes de la dépopulation de la France*, un travail sur le nombre des enfants par famille dans les arrondissements, cantons et communes du Lot-et-Garonne. Ce sont les communes les plus riches qui ont le moins d'enfants et inversement. Pour lui il ne faut pas toucher au Code civil mais développer l'hygiène et l'assistance et surtout protéger l'enfance, ces trois mesures ayant pour but la diminution de la natalité.

M. Bourgeois (de Tourcoing) lit un travail sur le *traitement de la tuberculose par le fluorure de sodium* à la dose de 10 à 50 centigrammes. P. Sollier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 19 décembre 1890. — Présidence de M. Dumontpallier.

M. Debove, en son nom et en celui de son interne, M. Boulay, présente une observation de *tachycardie paroxystique essentielle.* — Il s'agit d'une jeune fille de 26 ans, sans antécédents héréditaires, sujette depuis l'âge de 12 ans à des palpitations qui surviennent au moindre effort, mais cessent rapidement. Elle a eu trois crises de tachycardie : la première, il y a 8 ans; la seconde, il y a 5 ans; la troisième, en octobre dernier. Ces crises ont été caractérisées par un début subit avec vertige et perte de connaissance, puis oppression, palpitations violentes, pâleur, faiblesse générale. Au moment de l'entrée de la malade, on constate que le cœur bat 200 fois à la minute. Pas de souffle cardiaque. La paroi précordiale est ébranlée par les battements, qui ne sont pas ralentis par la compression des pneumogastriques. Pas d'augmentation de la matité précordiale. Pouls radial et fémoral imperceptibles, pouls carotidien très facile à percevoir. Pas de distension des jugulaires. Un peu d'œdème malléolaire. Rate légèrement tuméfiée. Quelques râles disséminés dans la poitrine. Respiration = 56. Appétit nul. 800 à 900 c. c. d'urine foncée avec des traces d'albumine; pas de sucre. Température normale ; pas de signes de goitre exophtalmique ; aucun stigmate hystérique. Il s'agit évidemment de tachycardie paroxystique essentielle. La maladie a présenté trois périodes distinctes : 1° tachycardie sans asystolie ; 2° tachycardie avec asystolie ; 3° déclin et amendement des symptômes. Le pouls était imperceptible, à cause de l'abaissement énorme de la pression artérielle qui existe dans la tachycardie paroxystique essentielle, en même temps que l'accélération des battements du cœur. C'est là un signe caractéristique, car cela ne se rencontrepas, au moins au même degré, dans les autres formes de tachycardie. Ces deux éléments n'ont pas marché parallèlement chez notre malade. La température a souvent dépassé 39. La fièvre est donc un élément de la maladie. C'est une fièvre nerveuse analogue à la fièvre hystérique et à celle qui accompagne le goitre exophtalmique. Cette malade a présenté successivement de l'oliguric, de la polyurie, de l'azoturie. L'oligurie, notée dans la plupart des cas, a été attribuée à l'abaissement de la pression artérielle. La polyurie qui fait suite n'est pas, suivant nous, due, comme on l'a dit pour d'autres cas, à la résorption des œdèmes ; elle est plutôt d'ordre nerveux. L'azoturie a été considérable (jusqu'à 43 grammes d'urée par jour). Elle fut suivie d'hypoazoturie le 9 novembre. Les pupilles ont été rétrécies du 31 octobre au 14 novembre ; cela semble indiquer qu'il ne s'agit pas d'une névrose du pneumogastrique ; on doit plutôt la considérer comme une névrose bulbaire ou bulbo-spinale.

M. Huchard a publié un travail sur cette maladie en août dernier dans la *Revue de clinique et de thérapeutique.* Ses vues sont confirmées par M. Debove. Il a constaté plusieurs fois la mort subite à la suite de cette affection. — Il pense que l'indication thérapeutique consiste à relever la tension artérielle. La digitale ne lui a réussi qu'une seule fois. La pulvérisation de chlorure de métyle sur la nuque lui a donné plusieurs succès. — Dans cette affection il y a souvent des guérisons apparentes.

M. Rendu. – Dans un cas observé à Tenon, je n'ai rien obtenu avec la digitale. L'opium, sous ses différentes formes, a réussi au point que la malade a quitté l'hôpital paraissant guérie. — Au point de vue de l'étiologie on ne pouvait guère invoquer que le surmenage.

M. Faisans a perdu subitement dans une crise de tachycardie une jeune fille de 23 ans, qui présentait tous les symptômes notés par M. Debove, mais était atteinte, en outre, d'une grosse insuffisance mitrale et d'albuminerie considérable. Sa mort n'a certainement pas tenu cependant à cette lésion considérable. L'opium procurait aussi à la malade un soulagement très notable. Il a échoué complètement chez la mère de la malade prise aussi de tachycardie quelque temps avant sa fille et présentant des crises qui s'accompagnaient d'une angoisse considérable. Le valérianate d'ammoniaque a seul amendé ces crises, qui depuis un mois n'ont pas reparu.

M. Debove. — Chez ma malade, après l'échec de la caféine, de l'ergotine, la digitale m'a *paru* réussir. Peut-être n'a t-elle eu d'autre mérite que d'arriver au bon moment. Il ne faut pas oublier, d'ailleurs, que ces accès de tachycardie reparaissent quelquefois alors qu'on croyait les malades bien guéris. Il faut donc être circonspect dans l'appréciation de la valeur des médicaments. Le pronostic varie suivant qu'on a affaire aux formes légères ou aux formes graves de la maladie ; dans le premier cas on peut vivre fort longtemps. Ainsi M. Charcot rappelait le cas d'un malade tachycardique ayant eu de nombreux accès et qui mourut à 80 ans d'une autre maladie.

M. Guyot. — La teinture de Veratrum viride m'a réussi dans un cas où les autres médicaments avaient échoué. Peut-être est-elle un peu trop négligée dans ces cas, mais il faut en surveiller de très près les effets.

M. Chantemesse rappelle incidemment que chez le cheval, dans le charbon, on observe cette disproportion considérable entre la vitesse et les battements du cœur et la faiblesse du pouls.

M. Comby lit et dépose au nom de M. Ch. Leroux une note sur la *valeur thérapeutique de l'antipyrine dans la chorée de Sydenham.* L.-R. Regnier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 24 décembre 1890. — Présidence de M. Horteloup.

M. Villeneuve (de Marseille) envoie à la Société une observation de *plaie du rein* chez un homme de 17 ans, due à une blessure du flanc gauche. On appliqua du collodion sur la plaie. Hématurie pendant quelques jours. Bientôt, fièvre intense, température de 40°. — Evacuation du pus, avec grattage de la poche suppurée. Après cette intervention incomplète, — car le rein était déjà malade (polyurie, etc.), — la fièvre persiste.

© ANM

On se décide à la *néphrectomie*, qu'on fait à l'aide d'une résection costale et par morcellement. Pince à demeure sur l'uretère. Guérison, avec polyurie après l'opération, comme avant.— M. Villeneuve pense que l'infection de la plaie rénale est due à une blessure concomitante du côlon par l'instrument vulnérant; mais ce n'est là qu'une simple hypothèse.

M. Nélaton fait un rapport sur une observation de M. Leclerc (de St-Malo) ayant trait à une *luxation pathologique de la hanche survenue dans le cours d'une fièvre typhoïde*. Un garçon de 9 ans, au cours d'une fièvre typhoïde, est atteint d'une tuméfaction de la hanche et de la fesse droite. La peau est chaude, mais le grand trochanter intact. Douleurs spontanées ; fièvre. Température 39°,5 et 41°. On crut à une périostite due à la fièvre typhoïde. Au bout de quelques jours, la fièvre retomba à 38° ; les douleurs continuant à être très vives, on résolut d'intervenir. Anesthésie. A l'incision, on vit avec stupéfaction qu'il s'agissait d'une luxation fémorale. On réduisit la luxation. Guérison.— M. Leclerc insiste d'abord sur l'élévation thermique qui a persisté après la production de la luxation ; mais rien dans son observation ne prouve que la luxation ne se soit pas produite au moment de l'élévation de température et non pas auparavant. Rien ne démontre donc que le fait sur lequel il s'étend longuement soit paradoxal. M. Leclerc admet la théorie pathogénique indiqué par M. Verneuil : Arthrite coxofémorale due à la fièvre typhoïde ; rétraction des muscles adducteurs et sortie de la tête. Mais, en somme, il ne s'agit là que de théorie, laquelle d'ailleurs M. Nélaton adopte.

M. Nélaton fait un autre rapport sur une observation de *luxation du genou en dehors*, due à M. Claudot, qui a fait à ce propos l'étude complète de cette affection. C'est là une luxation très rare. On en connait une trentaine d'observations environ. Celle observée par M. Claudot est consécutive à une chute. La luxation était incomplète. Le tibia débordait cependant assez notablement en dehors. La luxation fut difficile à réduire et à maintenir réduite. Elle se reproduisit deux fois. Le malade guérit avec une ankylose du genou et une légère subluxation.

M. Bazy a observé, dans le service de M. Richet, il y a huit ans, une luxation incomplète du genou en dehors : Charretier de cinquante ans, tombé de son véhicule, ayant eu la jambe prise entre les deux rayons d'une des roues, et ayant été traîné sur le sol, la roue ayant continué à tourner. Jambe dans la demi-flexion. La luxation fut facilement réduite et facilement maintenue.

M. Schwartz fait un rapport sur une observation de M. Michaux. *Récidive dans la cicatrice d'un kyste de l'ovaire opéré.* — Une femme, opérée d'ovariotomie droite, il y a 4 ans, présente, depuis 3 ans 1/2, à la partie *inférieure* de la cicatrice (1), plusieurs noyaux néoplasiques (carcinomatose cutanée) et de l'adénopathie inguinale, avec de l'amaigrissement, etc. On lui a enlevé jadis un kyste uniloculaire, à parois très minces, non adhérent. Le liquide du kyste n'avait pas souillé la plaie. L'ovaire gauche présentait quelques granulations suspectes. M. Michaux croit que, pendant les mouvements de l'ablation, il s'est égaré une parcelle du kyste qui s'est greffée dans la plaie. M. Schwartz se demande s'il ne s'agit pas là simplement d'un cas de tumeur développée dans une cicatrice, puisque les viscères abdominaux ne semblent pas atteints. M. Michaux ajoute que le kyste de l'ovaire présentait tous les caractères des kystes de l'ovaire qui ne récidivent pas ordinairement ; et cependant il admet la greffe cancéreuse dans ce cas.

M. Routier a opéré, en septembre 1890, une femme de 45 ans ayant un *sarcome* très volumineux des ovaires, et qui était très amaigrie. Elle guérit de l'ablation par première intention ; mais bientôt, au-dessus et au-dessous de l'ombilic, apparurent dans la cicatrice deux petites tumeurs qu'on reconnut pour des sarcomes. M. Routier les détruisit au thermocautère. Aujourd'hui, tout est cicatrisé. Peut-être s'agit-il là de greffe ? Pourtant, il faut avouer que cette malade souffre déjà des reins et qu'il y a déjà, peut-être, un début de généralisation.

(1) Dans l'observation on n'a pas insisté, ce qui est regrettable, sur la façon dont le pédicule fut traité (pédicule extérieur ou intraabdominal), lors de la première intervention.

M. Terrillon tient à citer avec détails deux exemples manifestes de *greffe cancéreuse* ayant trait à des kystes de l'ovaire mucilagineux, n'ayant pas l'apparence des kystes malins de l'ovaire. Une femme, atteinte de kyste de l'ovaire rompu, a le ventre plein de matière gélatineuse. Il y a déjà, à la laparotomie, une greffe sur le gros intestin et de l'imprégnation de l'épiploon par le mucilage, mais sans apparence de greffe. M. Terrillon enleva la greffe existant déjà sur l'intestin et lava l'épiploon. Un an après, récidive évidente. A la laparotomie, on trouve un kyste dans l'autre ovaire non enlevé, et dans l'épiploon une masse gélatineuse en boule pesant cinq kilogrammes. Il fallut réséquer tout l'épiploon et placer dix-huit chaines de sutures. Pas de récidive depuis cette deuxième opération, qui remonte à dix-huit mois déjà. La greffe intestinale enlevée ne s'était pas reproduite.— Autre fait. Une jeune fille est opérée en pleine péritonite consécutive à une rupture d'un kyste de l'ovaire rempli de matière gélatineuse. Guérison. Récidive. M. Terrillon pensa à l'épiploon et, en effet, à la laparotomie, il trouva les franges épiploïques soudées à une masse isolée, flottante dans le ventre. Guérison. — Ce sont là deux exemples frappants de greffe de la substance gélatineuse ordinaire des kystes de l'ovaire, ayant pullulé dans l'épiploon d'une façon toute spéciale.

M. Lucas-Championnière. — Certes, la greffe cancéreuse existe dans les kystes de l'ovaire. On connait des cas de greffe au point de ponction. Mais il faut savoir que c'est là une question fort difficile à débrouiller. Une tumeur peut présenter tous les caractères dits de bénignité et ne pas l'être. Dans ce cas, s'il y a récidive dans la plaie, on dit qu'il y a greffe, alors qu'il peut parfaitement ne s'agir que de généralisation. Il cite un cas où une tumeur maligne du bassin fut prise pour une salpingite hémorrhagique. La récidive dans la paroi vint seule montrer l'erreur de diagnostic.

M. Bouilly cite le cas suivant : Femme présentant au niveau de l'ombilic un papillome exulcéré suppurant, et, tout autour, une série de petites tumeurs ressemblant à des verrues de la paroi abdominale, et en même temps une tumeur kystique de l'abdomen. En faisant la laparotomie, M. Bouilly réséqua les tumeurs de l'ombilic ; il trouva dans le ventre des fibromes utérins pédiculés qu'il enleva. Ovaires sains. — 4 mois après cette opération, cette femme avait de l'ascite sanguinolente et un an après mourait de récidive péritonéale. M. Bouilly se demande s'il n'a pas greffé dans l'abdomen un morceau de la tumeur papillomateuse de la paroi, ou si son opération n'a pas provoqué la généralisation de ce papillome.

M. Quénu ne croit pas possible de distinguer anatomiquement les kystes ovariques malins des kystes bénins. Jusqu'ici la végétation est le meilleur critérium de la malignité. Et encore il y a des kystes qu'on croit malins et qui ne récidivent pas, et réciproquement. Il y a, d'autre part, des kystes de l'ovaire qui s'accompagnent d'une sorte de péritonite granuleuse, granulations, sur la nature desquelles on n'est pas fixé. M. Quénu a constaté que dans certains cas il s'agissait de granulations purement inflammatoires, dues au développement du kyste. Il ne faudrait donc pas conclure de l'existence de ces granulations à l'existence d'une généralisation au péritoine. — En ce qui touche la question de la greffe, il faut savoir aussi que pour les cas opérés anciennement avec le pédicule extérieur, la prétendue greffe observée dans la cicatrice peut n'être en réalité que la continuation du développement d'une partie malade laissée dans le pédicule fixé à la paroi abdominale. M. Terrier a opéré récemment une malade qui présentait ce phénomène. Bien entendu, dans ce cas, la tumeur apparait à la partie inférieure de la cicatrice (1).

M. L.-Championnière ne s'étonne pas que l'histologie ne nous renseigne pas sur la bénignité ou la malignité de chaque kyste de l'ovaire en particulier. En tous cas on ne sait pas pourquoi les uns récidivent, pourquoi les autres ne récidivent pas.

M. Terrillon a fait sept ovariotomies pour kystes de l'ovaire rompus dans le ventre. Il n'a observé que deux cas de greffe.

(1) Il n'y aurait rien d'étonnant à ce que le cas de M. Michaux rentrât dans cette catégorie de faits. (M. B.).

© ANM

Donc, il y a des cas qui se greffent facilement, et d'autres qui ne se greffent pas.

M. SCHWARTZ pense que le papillome de l'ombilic, de M. Bouilly, était peut-être secondaire à une tumeur de l'abdomen passée inaperçue au cours de la laparotomie. (Voir travaux récents sur les tumeurs néoplasiques secondaires de l'ombilic).

M. ZIECMBEKI (de Lemberg) lit une très intéressante observation de *résection des trois lobes de la prostate*.

M. SCHMIDT montre un malade atteint de *tumeur sarcomateuse du diploé* (2 tumeurs saillantes sur le crâne).

M. QUÉNU montre son nouveau modèle de *pinces pour résection de l'intestin*.

Marcel BAUDOUIN.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 24 décembre 1890. — PRÉSIDENCE DE M. LABBÉ.

M. BARDET lit un rapport sur la demande de candidature au titre de membre titulaire du Dr Vogt et la demande de candidature au titre de membre correspondant du Dr Schmidt, agrégé à Nancy.

Après une discussion sur la revision des statuts de la Société, on reprend la discussion sur le *traitement des pleurésies purulentes*.

M. BUCQUOY. — M. Moutard-Martin a paru croire que, chaque fois qu'il y avait du pus dans la plèvre, je faisais la pleurotomie ; ce n'est pas ce que j'ai dit. Il y a des cas où les pleurésies purulentes peuvent guérir par la ponction.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ. — Après une pleurotomie, faut-il faire un lavage ou pas du tout. M. Bucquoy n'est pas partisan d'un seul lavage après la pleurotomie. J'ai toujours fait un lavage après l'opération. Je demande à M. Bucquoy pourquoi il ne fait pas de lavage; sur quoi se base-t-il?

M. BUCQUOY. — Lorqu'on fait le traitement antiseptique avec ou sans lavage, on assure une guérison rapide. Soit qu'il y en ait eu ou pas, la guérison s'est faite dans un temps à peu près le même. D'après Bouveret, dans les cas où le lavage n'a pas été fait, la guérison même a été un peu plus rapide. Je fais toujours un drainage parfait de la plèvre, et je renouvelle assez souvent mes pansements antiseptiques pendant les premiers jours jusqu'à ce que le pus devienne séreux, afin qu'il n'y ait pas de stagnation. Je ne lave pas parce que ce n'est pas nécessaire, et pour ne pas toucher à une plèvre, ne pas décoller les fausses membranes. Vous ne pourrez jamais enlever tous les microbes contenus dans la plèvre par votre lavage, il en restera assez pour pulluler. De plus, je ne refoule pas le poumon, qui l'est déjà assez par l'air. Je laverais plus volontiers la cavité d'un abcès que la cavité de la plèvre. C'est devant les résultats des chirurgiens depuis l'emploi de la méthode listérienne, sans lavage des abcès, que je n'ai plus lavé la plèvre.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ. — Je suis d'avis de nettoyer le malade quand il est sale, d'enlever le pansement, de le changer quand il est traversé. Il faut laisser le pus largement couler. M. Bucquoy dit : un lavage est bon, ne pas en faire est aussi bon. Le lavage était dangereux autrefois quand on en faisait de fréquents avec l'acide phénique. J'ai vu des malades empoisonnés par cette substance. Avec les solutions d'acide borique, d'eau naphtolée, je crois qu'il n'y a aucun danger. Il reste, après la pleurotomie des masses de pus épais, que nous enlevons par le lavage post-opératoire ; et nous favorisons ainsi l'accolement des plèvres malades, en nettoyant les deux surfaces qui doivent s'adapter l'une à l'autre. L'Estlander ne suffit pas, il faut gratter les fausses membranes, pour faciliter l'accolement et le bourgeonnement.

M. CRÉQUY. — Est-il nécessaire d'enlever des côtes dans la pleurotomie, comme je l'ai vu faire à un éminent chirurgien?

M. BUCQUOY. — Il ne faut jamais faire faire la pleurotomie par un chirurgien (1). Il en est de même pour la thoracentèse. M. Dujardin-Beaumetz invoque l'anatomie pathologique pour me prouver l'utilité du lavage. Je me demande si, après avoir enlevé le plus gros du pus, vous laisserez encore la plèvre couverte de pus. Ce dernier ne s'enlève que les jours suivants, de lui-même, sous l'influence du bourgeonnement. Le drainage bien fait facilite l'expulsion de ce liquide.

A. RAOULT.

(1) Voilà une opinion qui peut se soutenir pour des raisons spéciales ; mais on avouera qu'il serait bon de la justifier, sans fausse honte. (M. B.).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 22 décembre 1890. — PRÉSIDENCE DE M. LAGNEAU.

M. GUÉRIN présente un système de *parquet* permettant un assainissement complet.

M. MARTIN demande la parole à propos du service de la *désinfection à Paris*. Dans un cas une famille dut faire de nombreuses démarches pour obtenir qu'on vînt désinfecter leur appartement. Elle s'était adressée en vain au commissariat de police et à la mairie.

M. DUMESNIL cite un fait analogue ; il semble, dit-il, que dans les mairies on ignore qu'on puisse désinfecter.

MM. THOMAS et NAPIAS prennent part à la discussion.

M. HERSCHER lit une note sur la situation financière de la Société.

M. MONOD lit un travail sur *les travaux d'assainissement en Angleterre depuis* 1875 *et leurs résultats*. En Angleterre on est entré en plein dans l'exécution, tandis qu'en France on en est encore à l'étude. Grâce à une statistique bien établie, on a pu connaître, en Angleterre, les causes de décès, le nombre, la situation des contrées contaminées. De 1876 à 1884, l'Angleterre a dépensé pour travaux d'assainissement, 156,250,000 francs par an, plus d'un milliard en 9 ans, sans compter les frais d'entretien. Le résultat immédiat a été la diminution de la mortalité : en effet, tandis que de 1866 à 1875 la moyenne de la mortalité en Angleterre a été de 22 pour mille habitants, dès que la loi sur l'hygiène a paru, la moyenne est tombée à 19,08 pour mille, pendant les dix dernières années. Le nombre de vies préservées a donc été, pendant les dix dernières années, de 858,591. Ce bénéfice représente un capital social de près de 2 milliards, alors que la dépense a été de 3 milliards. Ces résultats n'ont pas encore été obtenus en France ; en France on pourrait sauver plus de 130,000 existences par an !

M. MARTIN soutient que dans ces dépenses faites en Angleterre pour des travaux d'assainissement, les Anglais font rentrer l'installation du gaz, la construction de ponts, la construction d'hôpitaux, le percement de voies nouvelles. Si en France on comptait toutes ces dépenses, on trouverait aussi que notre pays dépense des sommes élevées pour l'hygiène. Il est bon de constater que la natalité a également fortement diminué en Angleterre.

MM. NICOLAS, NAPIAS, PÉRISSÉ, MARTIN, LAGNEAU, prennent part à la discussion.

ELECTIONS. — La Société procède aux *élections* générales annuelles. Sont élus : M. CHAUVEAU, président ; MM. Bechmann, Brull, Cornil, du Mesnil, vice-présidents ; M. Napias, secrétaire général ; M. Martin, secrétaire général adjoint.

MARTHA.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. — Sur le traitement de la tuberculose par la lymphe de Koch à l'étranger.

Parmi les différents cas traités par la lymphe de Koch, à Gœttingue, par EBSTEIN, signalons, en particulier, un malade âgé de 30 ans qui avait eu antérieurement une affection pulmonaire et du rhumatisme articulaire et qui présentait, au moment du traitement de la pleurésie droite, de l'induration pulmonaire, de l'endopéricardite et de l'albuminurie. L'expectoration mucopurulente ne contenait pas de bacilles. On pratiqua une injection de 0,005 cm. cube de liquide de Koch, dans le but d'établir le diagnostic. La réaction générale fut très intense ; la température atteignit rapidement 40°,4 et s'accompagna de phénomènes menaçants, de parésie cardiaque avec un pouls misérable, une augmentation de l'albuminurie et de l'hématurie, puis un ictère généralisé, peu intense.

© ANM

Tous ces phénomènes sont, il est vrai, conjurés aujourd'hui. Dans un cas de tuberculose pulmonaire avérée, on a constaté après les injections un abaissement notable de la température centrale (35°,8), de l'anythurie cardiaque et une albuminurie persistante. Le seul fait incontestable, dit Ebstein, c'est l'action spéciale de la lymphe sur le tissu tuberculeux. Quant aux autres phénomènes réactionnels, ils présentent des variations individuelles qui rendent ce moyen difficile à appliquer au point de vue du diagnostic. Même chez l'adulte, la dose initiale d'injection ne doit pas dépasser 0,001 cm. (*Deuts. med. Wochenschrift*, 18 déc.). M.

II. — La méthode de Koch à l'hôpital Laënnec.

M. Cornil a fait sa quatrième et dernière conférence le 21 décembre dernier, sur la méthode de Koch. Des examens histologiques pratiqués sur des lupus par lui et M. Leloir, il y a sept ans, et de ceux qu'il a faits sur des fragments enlevés à des malades soumis au traitement de Koch, il est impossible de conclure à une modification caractéristique et nette. La diapédèse autour des follicules tuberculeux sous l'influence de la lymphe est considérable, mais il est difficile d'affirmer qu'elle le soit d'une façon plus marquée. On trouve dans les croûtes de nombreuses bactéries, en particulier provenant de l'air, mais ce qu'il y a de caractéristique, c'est la présence des bacilles. Peut-être ceux-ci sont-ils plus rapidement entraînés à la surface de la peau sous l'influence de la diapédèse déterminée par la lymphe. Mais cette diffusion des bacilles est-elle un bien ou un mal ? Les bacilles se propagent-ils autour des lésions, ou arrivent-ils tués à la peau ? Dans le lupus où il y a une porte de sortie, cela peut être bon d'amener ainsi les bacilles de la profondeur à la surface où ils sont entraînés. Il faut toutefois se demander si la lymphe ne produit pas une multiplication des bacilles, car on ne connaît ni son action physiologique chez les animaux, ni sa composition.

Quoi qu'il en soit, quand il peut y avoir élimination soit par la peau, soit par des cavernes, il peut y avoir profit au traitement, mais seulement dans ce cas. On peut donc le continuer dans le lupus et la tuberculose externe. Mais si les poumons sont pris en même temps, les reins sont influencés défavorablement, il faut abandonner les injections. Celles-ci ont un résultat problématique dans la tuberculose articulaire ou chirurgicale. Le seul effet est de produire une violente douleur et de la tuméfaction plus ou moins persistante. Il n'y a aucun intérêt au traitement, s'il n'y a pas d'issue aux produits tuberculeux.

Dans quatre cas de laryngite tuberculeuse, on n'a pas eu d'accidents, mais pas d'améliorations non plus. On peut cependant essayer.

Dans la tuberculose pulmonaire enfin, c'est là, on peut le dire, qu'il faut le moins employer le remède de Koch. On est loin, comme on voit, des expériences du début et de l'enthousiasme qu'on avait manifesté.

Il faut tout d'abord le laisser de côté dans les formes fébriles, aiguës ou galopantes, dans la forme granuleuse pneumonique, dans les phtisies avancées.

Dans la phtisie, au début même, il a fallu suspendre les injections chez plusieurs malades. On détermine une zone plus ou moins considérable d'engouement qui n'est que relativement passagère. Les lésions paraissent s'étendre. Les hémoptysies ne sont pas arrêtées. De plus on peut voir survenir de la pleurésie.

Il faut s'en garder aussi chez des tuberculeux à lésions arrêtées, localisées et dont l'état général se maintient, grâce à une bonne hygiène.

En somme, inutile dans la tuberculose chirurgicale, plutôt nuisible dans la tuberculose pulmonaire, incertaine dans le lupus et la tuberculose cutanée au point de vue curatif, voilà le bilan de la méthode de Koch, tel qu'il ressort des expériences consciencieuses, méthodiques et rigoureusement scientifiques de M. Cornil. P. Sollier.

Office sanitaire a Vienne. — On veut créer à Vienne un Office sanitaire analogue à celui qui fonctionne à Berlin.

CHAMBRE DES DÉPUTÉS

Séance du 20 décembre 1890

DISCUSSION DE L'INTERPELLATION SUR LA LAÏCISATION DES HÔPITAUX DE PARIS.

M. LE PRÉSIDENT. L'ordre du jour appelle la discussion de l'interpellation de M. Armand Després sur la situation faite aux hôpitaux de Paris par le renvoi des sœurs hospitalières.

La parole est à M. Armand Després.

M. ARMAND DESPRÉS. Messieurs, l'interpellation que je vais avoir l'honneur de développer devant la Chambre, et dont la Chambre a fixé elle-même le jour, n'est ni un piège ni un acte d'hostilité. Nul plus que mes amis et moi ne souhaite la stabilité ministérielle et ne veut assurer davantage au ministère le moyen de gouverner.

Si j'avais en mon pouvoir d'autres moyens qu'une interpellation pour demander à la Chambre de se prononcer sur cette question de la laïcisation, qui de son vrai nom s'appelle le renvoi des sœurs des hôpitaux, je l'aurais fait. N'ayant que cette ressource, je viens demander au ministre de l'intérieur et au Gouvernement de vouloir bien nous laisser discuter entre nous, entre tous les représentants de toute la France, une question où la politique n'est que très peu en jeu et où il n'y a de sérieusement intéressés que la justice, l'humanité et le bon sens. (*Très bien ! à droite. — Murmures à gauche.*)

Je demanderai d'abord à M. le ministre de l'intérieur s'il lui est possible de se désintéresser de la question, et je le prie de vouloir bien me donner une réponse.

M. CONSTANS, *ministre de l'intérieur*. Comment voulez-vous que je me désintéresse d'une question dans laquelle vous m'interpellez ? (*On rit.*)

M. DESPRÉS. Monsieur le ministre, comme j'ai eu l'honneur de vous le dire, mon interpellation n'est pas un acte d'hostilité. Et du moment où le Gouvernement ne peut pas se désintéresser, je prends une résolution qui m'a été conseillée par un de mes amis, et je transforme mon interpellation en une simple question. (*Rires ironiques à gauche. — Mouvement prolongé en sens divers.*)

Un membre à gauche. C'est contraire au règlement !

M. CAMILLE DREYFUS. Nous reprenons l'interpellation !

M. LE PRÉSIDENT. M. Després est parfaitement libre de changer son interpellation en question ; et s'il renonce à déposer un ordre du jour, les membres de la Chambre sont toujours maîtres de reprendre l'interpellation.

M. LE COMTE DE DOUVILLE-MAILLEFEU. Dans une question nous ne pouvons pas intervenir. Je demande la parole pour un rappel au règlement.

M. CHAUTEMPS. Nous demandons le renvoi de la question à un mois. (*Rires ironiques à droite.*)

M. DESPRÉS. Messieurs, avant d'entrer dans les détails de l'administration hospitalière et avant de parler du mérite des sœurs, il me sera permis de rappeler à la Chambre qu'il y a des articles de loi qui, depuis le commencement de ce siècle, ont établi d'une façon nette et précise quelle était l'autorité suprême dans les établissements hospitaliers. Avant la Révolution française le chef souverain des établissements hospitaliers était le roi de France... (*Interruptions à gauche*) et rien que le roi de France.

Dans la Constitution républicaine de l'an IV, lorsqu'il s'est agi de régler les attributions du ministre de l'intérieur, la Convention, par un décret en date du 18 vendémiaire an IV, a placé dans les attributions du ministre de l'intérieur les hôpitaux, les hospices, les établissements et ateliers de charité. La Convention avait bien compris que les services hospitaliers de bienfaisance publique ne pouvaient demeurer soumis aux caprices des assemblées locales. Aucune disposition postérieure n'a infirmé cette loi, et à l'heure actuelle, en vertu de la loi, le véritable maître des hôpitaux en France est le représentant de l'Etat, le ministre de l'intérieur. (*Rumeurs à gauche.*)

M. CALVINHAC. C'est une erreur !

M. LE COMTE DE DOUVILLE-MAILLEFEU. Et les conseils municipaux ?

M. DESPRÉS. Je vais y venir. J'ai débuté par ces articles de loi pour répondre immédiatement à une objection qui m'a été faite par un certain nombre de mes collègues, à savoir que la question de l'administration intérieure des hôpitaux était une question municipale.

Je demande à la Chambre la permission de lui montrer par des textes législatifs que cette assertion ne repose sur aucun fondement. Je viens de vous indiquer qu'en vertu du décret du 18 vendémiaire an IV, c'est le ministre de l'intérieur qui est le chef suprême des hôpitaux en France.

M. TERRIER. Vous oubliez la loi de 1884 !

M. DESPRÉS. Je vais y arriver.

Lorsqu'il s'est agi d'établir une direction effective des hôpitaux

© ANM

dans les différentes localités, — pour Paris il a été institué un régime particulier sur lequel je reviendrai tout à l'heure, mais qui, je puis le dire de suite, donne au ministre de l'intérieur plus d'autorité, si c'est possible, qu'il n'en a sur les autres hôpitaux de France, — lorsqu'on a établi la commission hospitalière, en 1821, on a introduit dans la loi un article 8 qui dit :

« La commission hospitalière arrête également, mais avec l'approbation du préfet, les règlements du service tant intérieur qu'extérieur de santé et les contrats à passer pour le service avec les congrégations hospitalières. »

Voilà la loi de 1821. La loi de 1837 ne modifie pas ces dispositions. En 1852, elles restent les mêmes. Le décret du 23 mars 1852, en plus du texte précédent, stipule :

« Art. 1er. — Les commissions administratives des hospices sont composées de cinq membres nommés par le préfet et du maire de la commune.

« Art. 3. — Les commissions administratives peuvent être dissoutes par le ministre de l'intérieur, de l'agriculture et du commerce, sur la proposition ou l'avis du préfet. »

Vous voyez que les commissions administratives n'ont qu'un pouvoir extrêmement restreint, et qu'elles sont sous la dépendance absolue du ministre de l'intérieur ou de ses préfets. (*Marques d'assentiment à droite.*)

M. DE DOUVILLE-MAILLEFEU. Mais tout cela a été abrogé par la loi de 1884 !

M. DESPRÉS. Je vais y arriver et vous montrer que ce n'est pas abrogé. La loi du 3 avril 1884 a apporté quelques changements à la loi de 1837, mais, dans l'une comme dans l'autre, on lit :

« Les conseils municipaux sont appelés à donner leur avis sur les budgets des diverses administrations de bienfaisance, aussi bien que sur les autres établissements hospitaliers, les ateliers de charité et autres maisons de bienfaisance. » Et le paragraphe 5 ajoute :

« Le conseil est toujours appelé à donner son avis sur les autorisations d'acquérir, d'emprunter, d'échanger, de plaider et de transiger, sur l'acceptation des dons et legs qui sont faits aux hôpitaux. » C'est tout.

Dans toutes les communes dont les hôpitaux ont des revenus supérieurs à 50.000 francs, ce n'est pas le conseil municipal qui règle définitivement les budgets, c'est le préfet ou le ministre de l'intérieur. Telle est la loi.

En ce qui concerne les contrats passés avec les congrégations hospitalières, les lois et règlements des 25 décembre 1838 et 26 septembre 1839 ont prescrit la manière dont devaient se comporter les administrations hospitalières vis-à-vis des congrégations religieuses dont elles requéraient les membres pour le service des malades. Il est dit, dans la circulaire ministérielle du 25 septembre 1838 :

« Les religieuses hospitalières ne doivent être appelées à desservir les hôpitaux et hospices qu'en vertu de traités conclus entre ces établissements et la communauté. Ces traités ne doivent recevoir leur exécution qu'autant qu'ils auront été revêtus de l'approbation du ministre de l'intérieur. » Par conséquent, vous le voyez, c'est encore le ministre de l'intérieur qui a le dernier mot dans ces traités.

M. DE DOUVILLE-MAILLEFEU. C'est une circulaire ministérielle que vous lisez là : c'est bon pour les sous-préfets, et non pas pour la Chambre ! (*On rit.*)

M. DESPRÉS. Voici maintenant la circulaire ministérielle en ce qui concerne le renvoi des sœurs d'un hôpital. J'ai pris ce passage parce qu'il est plus intéressant encore que le précédent. Lorsque les établissements voudront se priver des services des congrégations hospitalières, voici comment devront être rédigés les contrats :

« Les contrats doivent être faits en quintuple original..... » Suivez bien, messieurs. (*Rires et interruptions à gauche.*) Messieurs, vos interruptions, pas plus que vos rires, ne me troubleront. (*Très bien ! à droite.*)

D'après cette circulaire, la résiliation du traité doit être faite en quintuple original et distribuée aux personnes suivantes: « un pour la supérieure de l'ordre qui dessert l'hôpital; un pour la sœur supérieure de l'hospice; un pour la commission administrative; un pour le préfet et un pour le ministre de l'intérieur. »

Où voyez-vous le maire de la commune ? où voyez-vous le conseil municipal ? D'où vient donc cette prétention excessive qui fait dire à certains hommes que les conseils municipaux sont les maîtres des hôpitaux? Vous voyez qu'aucune loi ne leur en donne le droit.

M. TERRIER. Vous oubliez que c'est le maire qui préside la commission administrative et qu'il est nommé par le conseil municipal.

M. DESPRÉS. Vous allez voir jusqu'à quel point ce que je dis est vrai, même dans l'esprit du Gouvernement. (*Bruit à gauche.*)

Dans la circulaire qui a suivi la promulgation de la loi du 3 avril 1884, M. le ministre parle du rôle du conseil municipal, de ses attributions, et il ajoute : « Il n'appartient pas au conseil municipal d'arrêter les détails des dépenses et de dicter des conditions. »

C'est également dans la circulaire du 15 mai 1884. Deux fois les ministres de l'intérieur qui ont précédé l'honorable M. Constans sont intervenus et ont fait comprendre à des conseils municipaux qu'ils avaient le droit de donner leur avis sur le budget, mais qu'ils n'avaient pas le droit de régler l'emploi des fonds des administrations hospitalières pour les services intérieurs.

M. EMILE MOREAU. Oui, le droit de payer et de ne rien dire !

M. DESPRÉS. Je sais que M. le ministre de l'intérieur me répondra que le conseil municipal de Paris, en particulier, donne tous les ans 17 millions pour solder les dépenses de l'Assistance publique et équilibrer son budget. Je réponds, pour la Chambre et pour M. le ministre, qui le sait déjà : La ville de Paris ne donne ces 17 millions qu'en vertu d'une loi. En effet, lorsqu'on a confisqué les biens des hôpitaux, au moment de la tourmente révolutionnaire, lorsqu'on a confisqué les biens des pauvres en croyant confisquer les biens du clergé... (*Réclamations à gauche.*)

M. DE DOUVILLE-MAILLEFEU. On n'a rien confisqué du tout. (*Bruit.*)

M. DESPRÉS. Les biens des pauvres et les biens des hôpitaux ont été réunis au domaine national : c'était la confiscation pure et simple. (*Vif assentiment à droite.*)

M. DE DOUVILLE-MAILLEFEU. On a laïcisé, voilà tout !

M. DE BERNIS. C'est ce qu'on est en train de recommencer.

M. DESPRÉS. Au bout de peu de temps, la Convention s'est empressée de faire cesser la vente des biens des hôpitaux ; mais, comme ces établissements n'avaient plus aucune ressource, cette Assemblée, par un décret du 27 vendémiaire an VIII, a décidé... (*Bruit et interruption à gauche.*)

Mais, messieurs de l'extrême gauche, vous devriez au moins respecter la Convention, si vous ne respectez pas autre chose. (*Très bien ! très bien ! à droite. — Nouvelles interruptions à gauche.*)

M. DE DOUVILLE-MAILLEFEU. C'est vous qui ne la respectez pas ! La Convention n'a rien confisqué... (*Bruit.*) Elle n'a fait que de mettre de l'ordre là où il y avait du désordre. Que la Chambre en fasse autant!

M. DESPRÉS. Par le décret du 27 vendémiaire an VIII la Convention a décidé (*Interruption*) qu'il serait établi un octroi de bienfaisance et que les hôpitaux prélèveraient ainsi, par privilège, les fonds nécessaires pour équilibrer leur budget.

Telle est la loi, et si le conseil municipal de Paris donne, chaque année, 17 millions à l'Assistance publique, c'est parce qu'il doit le faire en vertu de la loi.

Sous l'Empire, MM. Haussmann et Husson réunis ont transformé, je ne sais pourquoi, ces fonds, qui étaient alloués à titre de droit sur l'octroi, en une subvention municipale. (*Exclamations à gauche.*) L'Empire voulait mettre la main sur les hôpitaux, comme le conseil municipal de Paris aujourd'hui.

Il est résulté de cette mesure que le conseil municipal a cru, à tort, qu'il donnait généreusement de l'argent à l'Assistance publique, tandis qu'il ne faisait qu'exécuter les prescriptions de la loi. La subvention n'est que la transformation de l'ancien droit attribué sur l'octroi. Voilà la vérité ! (*Très bien ! très bien ! à droite*) et ceux qui se prévalent de l'allocation de cette somme de 17 millions pour croire qu'ils font un don, s'attribuent une gratuite générosité. Ce n'est pas eux, c'est la ville de Paris, et si vous la consultiez pour savoir si elle veut donner 17 millions aux malheureux, il n'y a pas un seul de vos électeurs qui vous dirait de ne pas le faire. (*Nouvelles interruptions à gauche.*)

C'est un parti pris de m'interrompre de la part de quelques-uns de mes collègues de la gauche : j'y étais habitué au conseil municipal. Seulement, il y avait au conseil municipal des présidents qui donnaient le signal des interruptions et j'ai trop confiance dans M. le président de la Chambre pour ne pas croire qu'il fera respecter la liberté de la tribune. (*Rires à droite. — Nouvelles interruptions à gauche. — Bruit.*)

Au conseil municipal, j'ai tenu tête aux interrupteurs pendant six ans, et j'y tiendrai tête encore ici.

M. LE PRÉSIDENT. Monsieur Després, je vous prie de ne pas répondre aux interruptions.

M. DESPRÉS. En dépit des droits que possédait le Gouvernement et qu'il tenait des lois, le conseil municipal de Paris et celui de plusieurs autres villes de France, jalouses d'imiter le conseil municipal de Paris, ont renvoyé les sœurs de leurs hôpitaux.

M. DE DOUVILLE-MAILLEFEU. Ils font ce qu'ils veulent, ils ont raison ; ils sont les maîtres. (*Bruit à droite.*)

M. DESPRÉS. Il faut dire cela dans votre département, et bien haut, afin que vos électeurs vous renvoient ici aux prochaines élections. En dépit de tous ces droits, sans qu'on sache comment, — ou plutôt je sais trop comment, mais je ne veux pas le

© ANM

dire ici, — en dépit des droits que possédait... (*Interruptions à gauche.*)

Je répète qu'en dépit de tous ces droits, dans la ville de Paris et dans plusieurs villes de province, on a renvoyé les sœurs des hôpitaux, alors qu'aucune réclamation, aucun mouvement d'opinion n'avait dicté une pareille mesure.

M. GUSTAVE RIVET. Comment! Vous ne vous êtes pas aperçu de l'existence de ce mouvement? Où étiez-vous donc?

M. DESPRÉS. Les conseils municipaux ont leurs droits et leurs devoirs, mais le Gouvernement a aussi les siens, et il y a trop longtemps que le Gouvernement capitule devant le conseil municipal de Paris et qu'il donne le mauvais exemple de l'abdication. (*Interruptions et rumeurs à droite.*)

M. LE PRÉSIDENT. Vous avez eu raison de compter sur le président pour vous permettre d'exercer votre droit; mais je vous prie de l'exercer conformément au règlement. (*Réclamations et bruit à droite.*) Je voudrais savoir pourquoi vous protestez, messieurs!

M. DE BERNIS. Nous trouvons qu'il est excessif de faire des observations à l'orateur lorsqu'il est constamment interrompu.

A gauche. A l'ordre! à l'ordre!

M. LE PRÉSIDENT. Alors, vous n'avez pas entendu ce que j'ai dit.

M. DESPRÉS. Je demande pardon à la Chambre d'entrer dans des développements un peu longs; mais c'est une question qui tient au cœur de beaucoup d'hommes qui, comme moi, ont la responsabilité de la vie et du bien-être des malades dans les hôpitaux.

Je vous demande la permission de développer ma pensée tout entière avec une entière franchise. Je vous prie seulement de vouloir bien m'écouter quelque temps encore avec patience. On a donc renvoyé les sœurs des hôpitaux de Paris d'abord et ensuite des hôpitaux de province.

Un petit hôpital, l'hospice de La Rochefoucauld, avait été laïcisé (1). Ce fait avait passé inaperçu. Mais il paraît que cela encouragea le directeur de l'Assistance publique de l'époque, dont les opinions étaient absolument laïcisatrices. Quelques semaines après, il apporta au conseil de surveillance de l'Assistance publique un projet de laïcisation de tous les hôpitaux.

C'était à l'occasion du départ des sœurs de l'hôpital de la Pitié et de l'hôpital Saint-Antoine. Les sœurs de Sainte-Marthe, ne pouvant plus se recruter, avaient demandé au directeur de l'Assistance publique de les remplacer. Le vote survenant au moment où l'on s'y attendait le moins a surpris le corps médical. Une violente indignation s'est emparée de mes collègues...

M. EMILE FERRY. Dans la personne du docteur Després!

M. DESPRÉS.... et 95 médecins et chirurgiens des hôpitaux ont adressé au directeur de l'Assistance publique une lettre dans laquelle ils demandaient, dans l'intérêt des malades et de la bonne tenue des hôpitaux, de ne pas renvoyer les sœurs hospitalières. On passait condamnation sur les deux faits de laïcisation de l'hôpital de La Rochefoucauld et des deux autres hôpitaux de la Pitié et de Saint-Antoine; mais on demandait qu'on laissât les sœurs dans les autres hôpitaux.

Le retentissement de notre lettre arriva jusque dans les Assemblées du pays. La Chambre, les représentants élus du suffrage universel, vos prédécesseurs, messieurs, n'ont pas cru devoir intervenir; mais il y a eu au Sénat une interpellation. A cette époque le Sénat ne renversait pas les ministères. .. (*Mouvements divers*).

M. DESPRÉS. L'interpellation ne fit pas grand bruit. M. Constans, alors ministre de l'intérieur dans le premier ministère Ferry, fut mis en minorité. Le Sénat vota à 24 voix de majorité l'ordre du jour de M. Lambert de Sainte-Croix blâmant le Gouvernement de laisser renvoyer les sœurs; mais le Gouvernement ne fut pas renversé pour cela, il tint bon. Cette interpellation nous a permis de voir quel chemin avait été fait. M. Constans, en homme politique et en ministre, répondit au Sénat qu'il y avait des faits accomplis sur lesquels on ne pouvait pas revenir, mais qu'il ne s'agissait pas d'une proscription en masse. L'honorable ministre de l'intérieur avait parlé le langage du bon sens, et la pétition des médecins et chirurgiens des hôpitaux avait trouvé chez lui un écho. (*Mouvements divers*). Mais sa prédiction ne s'est pas réalisée. Ce fut au contraire une proscription en masse à Paris, et, dans les départements, il y eut aussi de petites proscriptions limitées à huit villes (2). (*Bruit à gauche*).

(1) M. Després se trompe. Le premier hôpital laïcisé a été l'hôpital Laënnec (1er décembre 1878); le second, l'hôpital de la Pitié (1er octobre 1880), et, en même temps que l'hospice Larochefoucauld, l'Administration laïcisait l'hospice des Ménages (1er janvier 1881).

(2) Le nombre des établissements hospitaliers est beaucoup plus considérable. Nous en donnerons prochainement la liste.

Ce fut, si vous voulez me permettre cette expression, une débauche de laïcisation! (*C'est vrai! Très bien! à droite*). Nous avons assisté à un spectacle douloureux. Lorsque le second ministère Ferry fut tombé et fut remplacé par le ministère de mon ami Brisson, le département de l'intérieur avait à sa tête un homme qui n'est plus membre de cette Assemblée, M. Allain-Targé, qui a tenu un langage d'une énormité formidable (*Exclamations*) et qu'aucun historien de nos annales parlementaires ne voudrait enregistrer sans le souligner tout au moins, à savoir que, puisque le Conseil municipal donnait 18 millions aux hôpitaux, il avait le droit de faire tout ce qu'il voulait dans les hôpitaux.

Ce sophisme aurait pu mener beaucoup plus loin le Gouvernement: la ville de Paris donne 16 millions pour la préfecture de police, par conséquent le conseil municipal aurait pu faire tout ce qu'il aurait voulu dans la police. (*Très bien! à droite*). Cela était insoutenable et eût été absolument contraire à tout principe de gouvernement. Mais il est arrivé ce qui devait arriver: ce langage a encouragé les laïcisateurs à outrance; et, quelles qu'aient été les prières, les pétitions, les demandes vaines des malades et les suppliques des médecins, on a multiplié les laïcisations; les 105 médecins qui ont adressé une lettre au ministre de l'intérieur étaient juifs, protestants, libres-penseurs, francs-maçons, grecs orthodoxes; mais tous, unis dans une commune pensée, l'intérêt des malades, tous ont demandé à M. Allain-Targé de suspendre les laïcisations. Rien n'y a fait, et jusqu'au bout on a renvoyé les sœurs des hôpitaux de Paris. Si on ne les a pas renvoyées de l'Hôtel-Dieu et de l'hôpital Saint-Louis, c'est parce que le décret de 1808 a établi que la communauté de ces malheureuses filles serait dans ces deux établissements; sans quoi elles seraient déjà parties.

Nous avons assisté à un spectacle plus douloureux encore. Le Gouvernement, qui n'y était pas obligé par les exigences du conseil municipal, a renvoyé les sœurs de trois établissements qui dépendaient directement et exclusivement du ministère de l'intérieur. Ce n'est pas vous, M. le Ministre, qui avez commis cette faute, mais un de vos prédécesseurs; je sais que vous êtes arrivé à temps pour arrêter ces laïcisations à outrance et empêcher qu'on ne renvoie les sœurs des Quinze-Vingts et de l'asile de Charenton (1).

Je comprendrais jusqu'à un certain point que le Gouvernement, faible devant une assemblée turbulente, se crût forcé de renvoyer les sœurs des hôpitaux de Paris parce que le conseil municipal le lui demanderait. Cette capitulation aurait eu une apparence d'excuse; mais pour les établissements de l'Etat, l'institut des jeunes aveugles, celui des sourds-muets, l'asile du Vésinet (2), rien ne forçait le Gouvernement à laïciser.

Pourquoi l'a-t-il fait? C'est une complaisance inutile, gratuite, et qui coûte surtout cher aux malades. (*Vive approbation à droite.*)

Voilà pourquoi un homme qui ne fait pas de la politique pour faire de la politique, qui n'est entré dans cette Assemblée que pour défendre cette cause, vient vous dire: Ne touchez pas aux religieuses d'hôpital et faites rentrer celles que vous avez chassées! (*Très bien! très bien! à droite.*) Nous vous le répétons, nous qui avons vécu depuis trente ans dans les hôpitaux, qui savons quels services rendent les religieuses aux malades, qui savons que ce que vous avez mis à la place ne les remplacera jamais! (*Applaudissements à droite.*)

Pourquoi, en effet, tenons-nous tant aux religieuses des hôpitaux? Je n'ai pas besoin de vous l'apprendre, à vous, messieurs les radicaux de l'extrême gauche, qui dans vos villes conservez vos religieuses dans vos hôpitaux parce que vous savez que vous ne pouvez pas les remplacer.

Combien y en a-t-il ici qui, dans leurs villes, ont des hôpitaux encore confiés à des religieuses? Plus des neuf dixièmes, car il n'y a que neuf ou dix hôpitaux en France, hors de Paris, qui soient laïcisés.

M. DE DOUVILLE-MAILLEFEU. C'est ce qui prouve qu'il n'y a pas de fanatisme chez nous! Quand elles sont bonnes, on les garde.

M. DESPRÉS. Qui vous a dit que celles de Paris étaient mauvaises?

M. DE DOUVILLE-MAILLEFEU. Mais ceux qui les ont changées! (*Rires à gauche*).

M. DESPRÉS. Voyons, monsieur de Douville-Maillefeu, je suis sûr que vous pensez mieux que cela. (*Très bien! et rires à droite.*) Une femme qui n'a ni famille ni intérêts pécuniaires, qui n'a même plus de nom et qui s'appelle « la sœur », qui vit de la vie du prisonnier, qui couche dans un dortoir, mange dans un réfectoire la même nourriture que les malades et qui, trois cent soixante-cinq jours de l'année, depuis quatre heures du matin

(1) Il s'agit d'une congrégation qui a son siège, non en France, mais en Belgique. Où se recrute-t-elle?

(2) M. Ddesprés oublie l'Asile de Vincennes et l'Institution des Sourds-muets de Chambéry.

© ANM

jusqu'à dix heures du soir, sauf les heures des prières — qui ne sont pas longues — et les heures des repas, peut donner son temps aux malades avec la régularité d'un mouvement d'horlogerie, avez-vous remplacé cela? Non! et vous ne le remplacerez jamais. (*Rires ironiques à gauche. — Vifs applaudissements à droite.*)

Je suis aussi peu impressionné par les interruptions que par les rires: vous pouvez donc continuer; seulement, vous me ferez perdre du temps.

M. LE PRÉSIDENT. M. Després, ne vous plaignez pas de ceux qui vous interrompent... (*Réclamations à droite.*) Vous ne m'empêcherez pas, messieurs, d'adresser à l'orateur les observations que me suggèrent ses paroles. Je tiens à lui faire observer que s'il se plaint des interpellations c'est lui qui les aura provoquées. (*Nouvelles exclamations à droite. — Très bien! à l'extrême gauche.*)

M. DE BERNIS. Cela dépasse toute idée! Demandez donc qu'on l'expulse, comme une religieuse! (*Rires à droite.*)

M. LE PRÉSIDENT. M. Després exercera son droit tout entier sous l'autorité du président et conformément au règlement, pas autrement (*Bruit à droite.*)

M. DESPRÉS. Lorsque nous avons autour de nous des sœurs hospitalières, nous pouvons compter sur leur exactitude, leur zèle et leur dévouement, la régularité de l'administration des médicaments, la bonne tenue du linge à pansement et des instruments et appareils.

De mémoire de chirurgien, Messieurs, de ma mémoire de chirurgien du moins, jamais, dans un service surveillé par une sœur, il n'est arrivé des accidents semblables à ceux arrivés aux infirmières laïques qui les ont remplacées. (*Rumeurs à gauche. — Marques d'adhésion à droite.*)

J'ai le regret de dire que, depuis 1882, depuis que les religieuses ont été remplacées par des laïques, il y a eu six cas de mort par imprudence, imputables à un défaut d'attention, aux négligences des surveillantes, et deux substitutions de mort et de vif.

Parmi ces huit faits, il y en a un plus douloureux que tous les autres; celui-là j'en ai parlé, il a été publié, et aujourd'hui la vérité est établie. Voici à quoi je fais allusion :

Une femme de vingt-six ans était en traitement à l'hôpital Saint-Antoine. Elle avait une de ces affections inflammatoires... (*Bruyantes exclamations à gauche.*)

Si vous voulez me permettre d'achever, je ne serai pas long.

M. LE MINISTRE DE L'INTÉRIEUR. Je vous en demande pardon, monsieur Després, mais il me semble que vous entrez dans une fort mauvaise voie. (*Protestations à droite.*)

M. DESPRÉS. Le fait a été publié!

M. LE MINISTRE DE L'INTÉRIEUR. Si vous voulez prendre les faits qui arrivent et sont arrivés de tout temps, aussi bien sous les religieuses que sous les laïques, vous m'obligerez à mettre sous les yeux de la Chambre l'équivalent de ce que vous direz. (*Applaudissements à gauche.*)

M. CHAUTEMPS. Un accident grave s'est produit il y a quelques semaines à l'hôpital de Reims, hôpital non laïcisé.

M. DESPRÉS. J'accepterai l'observation que M. le ministre vient de présenter, mais je lui demanderai de l'appuyer sur des preuves aussi authentiques que celles que j'apporte. (*C'est cela! très bien! à droite.*) Ce que j'ai voulu dire, je le maintiens; cette malheureuse femme a reçu d'une infirmière de l'acide oxalique au lieu d'un purgatif; on l'a forcée à le prendre: la pauvre jeune femme est morte. (*Vives interruptions à gauche*). Si j'ai cité ce fait...

M. EMILE FERRY. Ce n'est pas la question!

M. DESPRÉS. Pardon, c'est absolument la question.

Vous avez fait partie du conseil de surveillance de l'Assistance publique, mon cher collègue, mais vous n'avez su que ce qu'on a voulu vous dire... (*Rires à droite.*) *A gauche.* Allons donc!

M. DESPRÉS..., mais moi qui suis dans les salles je sais ce qui s'y passe.

M. EMILE FERRY. Je demanderai la parole et tout à l'heure je raconterai à la tribune ce que je sais.

M. DESPRÉS. C'est entendu. J'insiste sur le fait que je viens de rappeler, parce qu'il renferme un enseignement précieux. En effet, l'infirmière coupable de cet accident était depuis quinze ans à l'hôpital Saint-Antoine; elle avait servi pendant dix ans sous les sœurs, aucun accident n'était arrivé par sa faute.

Lorsqu'elle ne se trouva plus sous la surveillance des sœurs, les garanties d'exactitude, d'ordre et de contrôle que nous trouvions chez elles ayant disparu, elle s'est trompée; je ne l'accuse pas, je suis sûr que les infirmières ont pleuré cet accident déplorable; peut-être le pleurent-elles encore. Mais vous, administration, vous avez le devoir de vous entourer de gens qui surveillent les infirmières et les mettent à l'abri de telles erreurs. (*Très bien! à droite*). Or, j'ai le droit d'insister sur ce fait très exceptionnel parce qu'il a toute l'authenticité voulue.

La malheureuse femme a passé en police correctionnelle et a été condamnée pour homicide par imprudence. J'ai donc cité un fait public; je voudrais savoir, monsieur le ministre, si les faits dont vous voulez parler ont été également rendus publics. En ce moment, en effet, je n'ai pas de contrôle possible. Bien que j'aie grande confiance dans vos paroles, j'avoue que je suis un peu difficile. (*Très bien! très bien! à droite.*)

Les sœurs, nous a-t-on dit, font du prosélytisme. Oui, c'est vrai, mais elles en font moins que l'aumônier, et, pour juger notre conduite, à nous, les médecins protestataires qui avons défendu et défendons encore les sœurs, il vous suffira de vous reporter à ce fait que, lorsqu'il s'est agi de l'expulsion des aumôniers des hôpitaux, pas une seule protestation ne s'est élevée de la part des médecins. Cette mesure ne touchait en rien au service des malades. Nous avons trouvé juste que le prêtre, comme le pasteur, eût l'accès des salles, mais nous avons compris aussi qu'il ne devait pas demeurer dans l'hôpital même. Nous avons estimé que l'on respectait ainsi véritablement la liberté de conscience. (*Très bien! à gauche et au centre*); mais quand il s'est agi des sœurs, la question n'était plus du tout la même. (*Exclamations à gauche*).

Nous savions que c'était le prêtre qui faisait du prosélytisme dans l'hôpital. Il faisait, matin et soir, une petite visite dans les salles, entretenant les malades du ciel et de l'enfer. Je ne lui en adresse pas de reproche; il était dans son rôle, et c'est contre cela qu'il fallait mettre les malades en garde. Mais les sœurs ont bien autre chose à faire que de parler de religion aux malades.

M. CHAUTEMPS. Vous-même, vous connaissez quatre cas d'obsession religieuse dans votre service.

M. DESPRÉS. Je n'ai pas saisi l'interruption.

M. CHAUTEMPS. Je dis que vous-même avez déclaré avoir observé quatre cas d'obsession manifeste de la part des sœurs.

M. DESPRÉS. M. Chautemps, vous prenez votre désir pour une réalité; mais, comme vous n'avez pas les pièces sous les yeux, vous êtes excusable. (*Bruit à gauche.*)

Je vais convaincre la Chambre et M. Chautemps. Il y a dans le *post-scriptum* de la lettre que j'ai adressée à M. Sarcey et qui a été insérée dans le *XIX^e Siècle*, cette phrase: « Pour ce qui est du prosélytisme religieux dans les hôpitaux, je puis vous citer le fait suivant: Un franc-maçon a été obsédé par le prêtre de l'hôpital, qui engageait la religieuse à le faire confesser. » Mais c'était ce prêtre qui obligeait la religieuse à faire du prosélytisme auprès du malade. (*Exclamations et rires à gauche.*)

Je répète que c'était le prêtre qui engageait la religieuse à le faire confesser. J'ajoutais : Du reste, au cours de ma longue carrière dans les hôpitaux, j'ai dû intervenir trois fois pour des actes de prosélytisme.

M. CHAUTEMPS. Vous avez dit quatre fois (*Exclamations à droite.*)

M. DESPRÉS. Eh bien! trois fois et cette fois-là, cela fait quatre. Quatre fois dans l'espace de trente ans, je dis que c'est peu.

M. CHAUTEMPS. Dans votre bouche, c'est beaucoup.

M. DESPRÉS. C'est peu; ce n'est rien. Elles ont tant d'autres qualités, les religieuses, qu'on peut bien leur passer cela, puisque nous pouvons y porter remède. Jamais on n'a confessé un malade dans mon service, quand il avait refusé d'être confessé et que j'avais défendu qu'on lui parlât de religion.

M. TERRIER. Il ne manquerait plus que cela!

M. DESPRÉS. Oui, M. Terrier, quand le franc-maçon ne voulait pas être confessé le prêtre n'allait plus à son lit et je défendais à la sœur de lui laisser parler de religion. Nous sommes les maîtres de modérer les actes de prosélytisme. Mais il y a autre chose. Vous dites que la sœur parle de religion au malade. Oui, elle lui en parle et, lorsqu'il va mourir, elle prie à son côté. Les laïques ne sont pas payées pour voir mourir les malades. Lorsqu'un malade est condamné, c'est-à-dire lorsque l'interne de garde dit qu'il n'y a plus rien à faire, la laïque va dans son cabinet ou à ses affaires; la religieuse reste là. (*Interruptions à gauche. — Applaudissements à droite.*) Elle reste au pied du lit du malade; sa religion lui commande de réciter les prières des agonisants.

Vous n'attachez pas à cela une grande importance, ni moi non plus, soit. Mais elle est là! Quand l'un des vôtres meurt, il y a à côté de lui des parents, un fils, un frère ou même, s'il est seul, un ami fidèle ou un serviteur pour lui fermer les yeux. Le pauvre, à l'hôpital, est toujours seul. Quand il y avait des religieuses, il n'était pas seul. (*Applaudissements à droite.*)

Que ce soit pour un motif ou pour un autre, la religieuse est là; de sorte que si le malheureux ouvre un instant les yeux et jette un dernier regard sur la vie, il voit au moins près de lui un visage bienveillant qui semble lui dire : « Courage »! Tandis que maintenant il n'apercevrait de loin que l'infirmier qui attend la mort pour aller faire, comme il dit, son petit profit sous l'oreiller. (*Bruit à gauche.*) Nous savons ce qui se passe dans les hôpitaux.

© ANM

M. DE DOUVILLE-MAILLEFEU. La sœur dit au mourant: Tu iras dans l'enfer si tu ne te confesses pas!

M. DE BERNIS. Cela pourrait bien arriver! (*Rires à droite.*)

M. DESPRÉS. Ces mille et un petits soins que l'on donne à nos malades sont précieux. La religieuse s'attache à tous les malades et aux plus souffrants particulièrement. Lorsqu'un père de famille poitrinaire, sur le point de mourir, dit à la religieuse: J'ai des enfants, que vont-ils devenir? nombre de fois la religieuse a adressé à d'autres religieuses qu'elle connaissait dans des orphelinats les enfants de ces malheureux et les a placés.

Les paroles de consolation qu'elle donne aux malades, croyez-vous que cela n'aide pas au traitement? Ce n'est pas seulement avec des médicaments qu'on traite les malades. (*Très bien! très bien! à droite*). Il faut autre chose, quelques douceurs, et les religieuses les donnent. Les laïques ne sont pas payées pour les donner. (*Nouvelle approbation à droite. — Bruit à gauche.*)

Je vais plus loin, et je parle pour les membres de la Commune, s'il y en a ici. Ecoutez cette histoire. Vous allez voir ce que sont les religieuses. (*Exclamations à gauche*).

En 1871, lorsque les troupes de Versailles sont entrées à Paris, voici ce qui est arrivé à l'hôpital Beaujon, tenu par les religieuses augustines, les admirables sœurs hospitalières qu'on en a chassées. A la suite des combats de Neuilly, des fédérés blessés étaient entrés à l'hôpital, et sur leurs pancartes on lisait: « Capitaine de fédérés, lieutenant de fédérés, sergent de fédérés. Lorsque les troupes de Versailles sont arrivées, un homme va trouver la religieuse et lui dit: Ma sœur, j'ai trois enfants; j'ai fait partie des troupes de la Commune parce que j'avais besoin de cela pour vivre: sauvez-moi! » Eh bien, la religieuse n'a pas hésité: elle a changé le numéro et la pancarte de ce fédéré. (*Applaudissements à droite. — Bruit à gauche*). Et, certes, les hommes de la Commune n'avaient pas été tendres pour les religieuses! (*Mouvement*).

Vous devriez avoir un peu plus de reconnaissance pour elles, ceux d'entre vous du moins qui sont entrés dans la Commune et qui y ont eu des amis.

M. DE DOUVILLE-MAILLEFEU. Est-ce votre collègue M. Dolbeau qui vous a raconté cela?

M. DESPRÉS. Je ne parle pas de M. Dolbeau, je parle de la religieuse. Voilà les femmes que vous avez chassées. Croyez-vous que vous les avez remplacées? Je vous dis: Non.

J'aborde ici la troisième partie de mon discours: l'intérêt que l'administration de l'Assistance publique avait à ne pas renvoyer les sœurs. Vous avez mis, à la place des sœurs, des femmes qui ne sont autre chose que des mercenaires, et c'est là que je vais vous montrer à quel point l'administration a été coupable. Vous avez mis à la place des sœurs, qui coûtaient 200 fr. par an, des femmes qui vous coûtent 700 fr. quand elles sont logées, et 1,800 à 2,100 quand elles ne sont pas logées, sans compter le coulage. (*Bruit à gauche*). Ces mercenaires sont généralement des femmes qui n'ont pas pu faire autre chose, des domestiques qui ne peuvent plus se placer, d'autres qui ne peuvent pas rester dans leurs conditions... Je n'en veux pas dire davantage. (*Bruit à gauche*).

Un membre à gauche. N'oubliez pas les écoles d'infirmières laïques.

M. DESPRÉS. Je borne là mes critiques sur le personnel. Je sais bien que vous avez des écoles d'infirmières laïques; vous n'en avez pas retiré le résultat que vous pouviez en attendre. Vous donnez à ces infirmières des leçons de bandage, d'anatomie, de petite pharmacie, qu'elles se hâtent d'oublier parce que cela ne s'apprend pas en un an; la seule chose qu'on ne leur donne pas, ce sont des leçons d'ordre, de dévouement, de sacrifice. Le dévouement est personnel, le sacrifice est personnel; il n'est pas de professeur pour enseigner le dévouement et le sacrifice. (*Très bien! très bien! à droite*).

Enfin, l'administration, depuis qu'elle a renvoyé les religieuses, a augmenté ses dépenses dans les proportions que voici: En 1869, l'administration de l'Assistance publique, pour le service des hôpitaux et hospices, dépensait 21 millions; en 1880, dix ans après, elle dépense annuellement 3 millions de plus. Depuis 1881, aussitôt que commence la persécution des sœurs hospitalières et la laïcisation, l'accroissement des dépenses a été énorme: on dépense aujourd'hui 8 millions de plus par an qu'en l'année 1880.

Qu'on ne dise pas qu'on a ouvert des hôpitaux nouveaux; de 1870 à 1880, on a ouvert deux grands hôpitaux: Laënnec et Tenon; depuis, trois petits hôpitaux seulement ont été ouverts: Bichat, Mariniers et les Tournelles (1). (*Bruit.*)

Je dis qu'en dix ans la laïcisation, le renvoi des sœurs des hôpitaux, ont coûté à l'administration de l'Assistance publique un surcroît de dépenses annuelles de 5 millions. Voilà le fait; il est brutal, vous pouvez le vérifier.

A l'hôpital de la Charité, auquel j'appartiens, j'ai fait le relevé des dépenses avant la laïcisation et le relevé après la laïcisation. La dépense est la même, et cependant les laïques sont payées 68,000 francs de plus que les sœurs. Comment se fait-il qu'avec une augmentation de dépenses de personnel s'élevant à 68,000 fr., la dépense totale de l'hôpital soit restée stationnaire après la laïcisation? C'est bien simple: on a rogné sur les malades! Voilà à quoi vous en êtes réduits. (*Dénégations à gauche.*)

M. CHAUTEMPS. Cela est absolument inexact!

M. DESPRÉS. J'ai là les chiffres. (*Bruit à gauche.*) La dépense du vin, pour tous les hôpitaux de Paris réunis, était, en 1887, d'après le rapport du budget de 1888, page 61, — prenez-en note, vous pourrez vérifier, — de 310,000 francs. Cette année, au budget de l'Assistance publique, pour 1890, le vin n'est plus payé que 262,000 francs. Personne ne fera croire que, le nombre des malades ayant augmenté, le prix du vin n'ayant pas diminué, on n'ait pas rogné les portions du pauvre.

M. DE DOUVILLE-MAILLEFEU. Mais si, le prix du vin a diminué.

Un membre à droite. Il a augmenté partout, au contraire.

M. ÉMILE FERRY. Il y a 10 pour 100 d'augmentation sur la viande!

M. DESPRÉS. Le conseil de surveillance dont vous faites partie a laissé acheter de la viande apportée à Paris abattue, au lieu de viande fraîche! (*Exclamations à droite.*)

Messieurs, je suis épuisé, je suis obligé d'abréger; il ne me reste plus qu'à traiter brièvement le côté politique de la question. Je demande quel profit la République a tiré du renvoi des sœurs des hôpitaux. Est-ce que c'est en vertu d'une loi, d'une disposition légale, qu'on les a renvoyées? Est-ce un ministre, un homme d'Etat, même un député, qui a demandé la laïcisation des hôpitaux? Non, elle est partie des bas-fonds de la politique et elle est remontée comme une écume... (*Bruit.*)

Sur divers bancs. On n'entend pas!

M. DESPRÉS. Comme la laïcisation s'est faite pour ainsi dire à l'insu des pouvoirs publics, sans qu'aucune loi ait jamais établi la nécessité de renvoyer les sœurs, voyez comme le rôle des républicains est facile! Il n'y a pas à revenir sur nos lois, sur le passé, nous pouvons faire ce que nous estimons utile dans l'intérêt des malades. Croyez-vous que nous n'y gagnerions pas vis-à-vis des populations?

Si vous voulez bien faire un retour en arrière, vous verrez que, quand il s'est agi de nous relever de nos désastres, la population française a fait crédit à la République. Si elle n'avait pas une profonde affection pour la République, du moins elle lui accordait le respect. Et, depuis, quand la réaction du 16 mai est venue, la France était attachée à la République; elle lui savait gré de la difficulté de ses commencements et elle n'a pas voulu suivre la réaction: 6,300.000 suffrages ont été accordés aux 363.

A partir du moment où la République a été hors de cause, elle a commencé, comme tous les pouvoirs absolus, à commettre des fautes, elle a persécuté la religion des petits par les petits côtés, et immédiatement, vous l'avez vu, la désaffection a commencé. La désaffection! plus redoutable que la haine: on se défend contre la haine; on se défend contre qui vous hait, on ne se défend pas contre qui ne vous aime plus. (*Mouvements divers.*)

Evoquez vos souvenirs: la désaffection a commencé aux élections de 1881. Nous n'avons plus eu que 4 millions et demi de suffrages en 1881; en 1885, 4,200,000, ce qui est à peu près le même chiffre qu'en 1889.

Croyez-vous que la République a gagné à ces persécutions? Je dis hautement non. Il y a un secret sentiment dans la population française, un secret besoin de pacification religieuse. Il faut la faire, et, pour y arriver sans aucune humiliation, c'est, je vous le dis, sur la question de la rentrée des sœurs dans les hôpitaux que vous pouvez montrer votre bon vouloir. Là, vous n'êtes pas obligés de faire amende honorable: vous n'avez pris aucune décision, vous n'avez qu'à dire que l'intérêt des malades commande qu'on laisse les sœurs dans les hôpitaux.

Je suis sûr qu'en agissant ainsi vous gagnerez un million de suffrages dans le pays, et que vous augmenterez de 80 membres la majorité de la Chambre.

J'ai terminé. J'ai essayé de vous convaincre ou plutôt de faire partager à la majorité de cette Assemblée la conviction profonde qui m'anime et que l'exercice de ma profession confirme. J'aurais voulu que vous puissiez émettre un vœu sur cette question, afin de pousser le Gouvernement à laisser les sœurs rentrer dans les hôpitaux.

M. DE DOUVILLE-MAILLEFEU. Cela ne nous regarde pas!

M. DESPRÉS. J'aurais voulu, dans l'intérêt des malades et de la République... (*Vives exclamations à gauche*), que vous puissiez arriver à ce résultat. (*Applaudissements à droite.*)

M. DE DOUVILLE-MAILLEFEU. Vous voyez, la République vous applaudit.

M. DU BREIL, COMTE DE PONTBRIAND. Il ne s'agit pas de République en ce moment!

(1) M. Després oublie l'hospice de Brévannes, la section des enfants de Bicêtre (400 lits).

© ANM

M. DE DOUVILLE-MAILLEFEU. S'il ne s'agit pas de la République, de quoi s'agit-il?

M. DU BREIL, COMTE DE PONTBRIAND. C'est l'intérêt du peuple qui est en cause! C'est une question d'humanité!

M. LE PRÉSIDENT. La parole est à M. le Ministre de l'intérieur.

Nous publierons prochainement le discours de M. Constans, ministre de l'intérieur.

VARIA

L'Enseignement médical dans les hôpitaux.

Après avoir reproduit dans sa *Revue générale de clinique*, quelques passages de notre article du *Numéro des Etudiants* sur l'*Enseignement municipal de la médecine*, notre ami le Dr Huchard ajoute les remarques suivantes :

« Mon excellent ami le Dr Bourneville m'apprend qu'il y a trente-deux ans, plus d'un quart de siècle! M. Delasiauve a soutenu la thèse qu'aujourd'hui nous défendons avec lui. Or, depuis cette époque, qu'a-t-on fait pour organiser l'enseignement médical des hôpitaux? Rien, absolument rien. Les chevaliers servants de la routine ont habilement lutté pour leur existence en organisant.... la conspiration du silence et aujourd'hui ils nous menacent, paraît-il, de foudres...: académiques. M. Bourneville, à l'initiative duquel il faut rendre hommage, démontre qu'il est possible, « à peu de frais, de doter l'Enseignement municipal de la médecine de tout l'outillage dont il a besoin. » Alors, il n'y a pas d'obstacles matériels? Mais mon courageux collègue et ami sait bien que nos efforts viennent trop souvent se briser contre d'autres obstacles..., il n'ignore pas plus que nous que les obstacles ne viennent pas des choses, mais des hommes. La parole est maintenant au Conseil municipal de Paris qui saura certainement accomplir tous ses devoirs et dont l'indifférence en matière d'enseignement dans les hôpitaux pourrait être considérée comme un acte d'abdication. »

Certes il n'a pas été fait autant que nous l'aurions voulu pour l'organisation de l'enseignement dans les hôpitaux. Toutefois, il faut rappeler que le Conseil municipal, sur notre proposition, a déjà, dans une certaine mesure, préparé cette organisation. Les subventions allouées aux *Bibliothèques médicales des internes*, — noyau des bibliothèques nécessaires à l'organisation municipalee de l'enseignement; — les subventions accordées aux *Musées pathologiques*, autre moyen d'enseignement; — la création d'un service scientifique: autopsies, laboratoire commun, amphithéâtre de cours, musée, à l'hôpital Laënnec et à l'asile de Villejuif (1), etc., peuvent être invoquées à l'appui de ce que nous disons.

Il en est de même de l'augmentation des indemnités des internes en médecine et des médecins et chirurgiens du Bureau central, réclamée et obtenue par nous, aussi dans la pensée d'engager ceux-ci à faire de l'enseignement et ceux-là à prêter leur concours aux premiers. Nous ajouterons enfin le vœu que nous avons souvent exprimé, de voir le Conseil municipal donner une allocation, à déterminer, à tous les médecins, chirurgiens, accoucheurs, aliénistes (2), qui font ou feraient des cours et l'inscription dans les conditions du concours hôpitaux, pour l'avenir, de l'obligation de participer à l'enseignement municipal. B.

Académie de Médecine.

(*Prix de l'Académie* pour 1890).

SERVICE DES EAUX MINÉRALES. — L'Académie a proposé, et M. le Ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder, pour le service des eaux minérales de la France, pendant l'année 1888. 1° *Médaille d'or* : M. le Dr Grimaud, médecin-inspecteur à Bagnères. — 2° *Rappel de médaille d'or* : M. le Dr Caulet, médecin-inspecteur à Saint-Sauveur. — 3° *Médailles d'argent* : MM. les Drs Boulomié, médecin consultant à Vittel; Chiais, médecin consultant à Evian; Onimus, médecin à Nice; Percepied, médecin consultant au Mont-Dore; Rodet, médecin consultant à Vittel. — 4° *Rappels de médailles d'argent* : MM. les Drs Bordes-Pagès, médecin consultant à Aulus; Challan, médecin à l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains; Poncet, médecin consultant à Vichy; Royer, médecin-inspecteur à Challes. — 5° *Médailles de bronze* : MM. les Drs Bordet, médecin consultant à Evian; Chauvet, médecin consultant à Royat; Delastre, médecin consultant à Brides-Salins; Duhourcau, médecin consultant à Cauterets; Guinier, médecin consultant à Cauterets; Ismard, médecin-inspecteur à Saint-Amand (Nord); Morice, médecin consultant à Néris; Mutin, médecin de l'hôpital militaire de Bourbonne. — 6° *Rappel de médaille de bronze* : M. le Dr Bovet, médecin inspecteur à Pougues.

SERVICE DES ÉPIDÉMIES. — L'Académie a proposé, et M. le Ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder, pour le service des épidémies en 1889. 1° *Médailles d'or* : MM. les Drs Aubert, médecin-major de 1re classe au 23e régiment d'infanterie; Senut, médecin-major de 1re classe. — 2° *Médailles d'argent* : MM. les Drs Bidon, médecin des hôpitaux de Marseille; Albert Bo ché, médecin-major de 2e classe au 147e régiment d'infanterie, à Verdun; Brunon (de Rouen); Carlier, médecin-major de 2e classe au 74e régiment d'infanterie; Collardot (d'Alger); Frilet, médecin-major de 2e classe; Kelsch, médecin principal, professeur au Val-de-Grâce; Schouli, médecin-major de 2e classe; E. Gruson, médecin aide-major de 1re classe; Vaysse, de Quillan (Aude). — 3° *Rappels de médailles d'argent* : MM. les Drs Chabénat (de la Charte); Darolles (de Provins); Farge, professeur de clinique médicale à l'Ecole d'Angers; Flessinger, d'Oyonnax (Ain); Hébert, d'Audierne (Finistère); Lacaze (de Montauban); Le Roy des Barres, de Saint-Denis (Seine); Longet, médecin de l'hôpital militaire de Givet; F. Poncet (de Cluny), chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Vichy; Sollaud, médecin de 1re classe de la marine; Tertre, médecin-major de 2e classe au 9e de ligne. — 4° *Médailles de bronze* : MM. les Drs Baudouin et Klein, médecins-majors de 1re classe; Gondouin, d'Argentan (Orne); Labit, médecin-major de 2e classe; M. Lajoux, professeur de chimie à l'Ecole de médecine de Reims et M. le Dr Eugène Doyen (de Reims); MM. les Drs E. Laurent, médecin-major de 1re classe; Marcos-Arruda, inspecteur de l'hygiène de San Paulo (Brésil); Masson, médecin-major de 2e classe au 11e bataillon d'artillerie de forteresse, à Lyon; Montané, médecin-major de 1re classe, et Duponchel, médecin-major de 2e classe; Mozer, médecin-major de 2e classe; Mussat, médecin-major de 1re classe; M. J.-L. Pionquet, médecin à Ay (Marne); MM. les Drs Royer, des Andelys (Eure); H.-L. Robert, médecin-major de 2e classe; Rouveyrolis (d'Aniane). — 5° *Rappels de médailles de bronze* : MM. les Drs Cavaillon (de Carpentras), médecin des épidémies; Huguenard, médecin-major; M. Jenot, médecin des épidémies à Dercy (Aisne); MM. les Drs Penant (de Vervins), médecin des épidémies; Tartière, médecin-major de 2e classe.

SERVICE DE LA VACCINE. — *Prix et médailles accordés à MM. les médecins-vaccinateurs pour le service de la vaccine* 1889. — L'Académie a proposé, et M. le Ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder: 1° Un *prix* de 1,500 francs à partager également entre MM. les docteurs Ernest Blaise, Paul Gouzien et Martial Hublé. — 2° Quatre *médailles d'or*. MM. les docteurs Amat, médecin-major de 2e classe au 81e régiment d'infanterie, à Rodez (Aveyron); Dicquemare, médecin aide-major de 1re classe à l'hôpital de Constantine (Algérie); Octave Pupard, médecin aide-major de 1re classe au 3e régiment de spahis, à Souk-Ahras, département de Constantine (Algérie); Adrien Schmit, médecin-major au 20e escadron du train des équipages à Versailles (Seine-et-Oise). — 3° *Cent médailles d'argent*. M. Adhéran (Annonay); Mme Allaire (La Roche-sur-Yon); MM. Arragon (Henri) (Algérie); Aucopt (Doyet); Aymé (Réquista); Baillet (Bordeaux); Barny (Saint-Guillem-le-Désert); Mlle Baudouin (Vannes); Mme veuve Belloque (Pontivy); MM. Bérard (Angoulême); Berjoan (Clément) (Vinça); Berthier (Chateaudun); Mme Bisson (Marie-Adrienne) (Lisieux); MM. Blé (La Roche-sur-Yon); Borxo (Jean) (Prades); Bompard (Embrun); Mmes Bonnot (Narbonne); Bories (Louise) (Mazamet); MM. Bouchard (Saumur); Bouteloup (Orléanville); Brou-Duclaud (Jules-Emile) (Cochinchine); Carlier (Rouen); Carpentier-Méricourt (1er arrondissement de Paris); Carton (Souk-el-Arba); Cassan (Vincent) (Banyuls-sur-Mer); Caudesaigues (Puylaroque); Cayre (Requista); Chabaud (Jausse); Charier (Léon) (Constantine); Charier (Thouars); Chonnaux-Dubuisson (Villiers-Bocage); Claudo (Joseph) (Nice); Collin (Lucien) (Paris); Courrent (P.) (Tuchan); Courtault (Ouroüer); Courtois (E.) (Marseille); Crimail (Nantes); Mme veuve Dememme (Saint-Lô); MM. Delamare (Paul-Marcel) (Châtellerault); de Welling (Rouen); Dormier (V.) (camp de Châlons); Duvernet (VIIe arrondissement de Paris); Edelmann (H.) (Pantin); Fauchon (La Flèche); Frouin (Saint-Nicolas); Mlle Gastin (Héloïse) (Toulon); Mmes Gaucher (Vierzon); Gauthier (Bourges); MM. Gellie (Bordeaux); Genoud (Thonon); Gerbault (Auxonne); Guyot (Andelot); Huguénardi (Bordeaux); Jacquot (Montataire)

(1) Ces créations ont été faites à la suite de vœux déposés par nous et que nous avons été chargé de rapporter.

(2) Pour les personnes qui voient en tout une question d'intérêt personnel, nous dirons que notre intention est de rester à la tête du service que nous avons créé avec tant de peine à Bicêtre.

© ANM

Jaubert (Michelet) ; Jay (R). (XI[e] arrondissement de Paris) ; Joly (Edmond) (Neufchâtel) ; Mmes Josso (Pontivy) ; Laffitte (Clotilde) (Salies-de-Béarn) ; MM. Lagarde (Montauban) ; Laisney (Edouard-Emile) (Coutances) ; Lardier (P.) (Rambervillliers) ; Launay (Le Havre) ; Laurent (E.) (Versailles) ; Mmes Le Blois (Rostrenen) ; Le Corre (Antony) ; M. Le Gad (Le Havre) ; Mme Léger (Chorost) ; MM. Lieutaud (Angers) ; Liron (Alger) ; Lœvel (Fontenay-le-Comte) ; Maltrait (Saint-Bonnet-le-Château) ; Mangenot XIII[e] arrondissement de Paris) ; Maréchal (Henri) (Angers) ; Marfan (Castelnaudary) ; Mme Masset (Bondy) ; MM. Massina (Fr.) (Boulou) ; Maze (Le Havre) ; Moinet (Epinal) ; Mouchet (Sens) ; Mlle Naizin (Vannes) ; Mmes Odelin (Rostrenen) ; Pagot, née Charbonneau (Saint-Hilaire de Riez) ; MM. Pascalis (G.) (II[e] arrondissement de Paris) Pernet (Victor-Joseph-Léon) (Rambervillers) ; Perronnet (Chercheil) ; Plonguet (J.-L.) (Ay) ; Pourquier (Montpellier) ; Putel (Neuilly-sur-Seine) ; Roult (Rostrenen) ; Rivet (Tarbes) ; Romain (Valence) ; Soulages (Decazeville) ; Mme Tarraube (Marthe) Tonneims) ; MM. Theffiez (Hénin-Liétard) ; Tourneux (Thiel) ; Vaysse (Quillan) ; Mme Vessier (Chambon) ; M. Viéron (Tarbes) ; Mlle Vincent (Marie) (Pradelles).

SERVICE DE L'HYGIÈNE ET DE L'ENFANCE. — M. le ministre de l'Intérieur met annuellement à la disposition de l'Académie de médecine, une somme de 2,000 francs, destinée à récompenser les meilleurs travaux qui lui sont adressés sur l'hygiène des enfants du premier âge et à subvenir aux frais de publication du rapport annuel. L'Académie accorde aux mémoires ou travaux en dehors de la question de prix : 1° *Médaille d'or* : M. le docteur Ledé (de Paris). — 2° *Médaille de vermeil* : M. le docteur Rouvier, professeur à l'Ecole de médecine de Beyrouth. — 3° *Rappels de médailles de vermeil* : M. le docteur Blache, inspecteur des enfants protégés à Paris ; M. Jenot, médecin à Dercy (Aisne) ; M. le docteur Sutils, de la Chapelle-la-Reine (Seine-et-Marne). — 4° *Médailles d'argent* : MM. les docteurs Bournet d'Ampleputs (Rhône) ; Denizet, de Château-Landon (Seine-et-Marne) ; Mazade, inspecteur des enfants assistés et protégés du département de l'Ain. — 5° *Rappels de médailles d'argent* : M. le docteur Carrassus, de Milly (Seine-et-Oise) ; MM. Delage, inspecteur du département de la Gironde ; Thiebaut, inspecteur du département de la Meuse ; Sourd, inspecteur du département de la Nièvre. — 6° *Médaille de bronze* : M. Carlier, inspecteur des enfants assistés et protégés du Pas-de-Calais. — 7° *Rappels de médailles de bronze* : MM. Audouin, inspecteur du département de la Savoie ; Bodard, à Tours (Indre-et-Loire) ; Burlet, inspecteur du département de la Drôme.

La liberté de l'Enseignement scientifique.

Une interpellation a eu lieu, cette semaine, au Sénat. M. Le Breton a critiqué les théories pathologiques et philosophiques des professeurs de l'Enseignement supérieur ; cela à propos de la fameuse conférence de M. Liégeois et du non moins fameux discours de M. Q. de Beaurepaire, prononcé au cours d'un procès tout récent. M. Bourgeois a défendu l'Université, que le matérialisme scientifique envahirait, dit-on. Le point de cette interpellation que nous voulons retenir et qui mérite d'être mis en relief, est la profession de foi du ministre qui a osé nettement réserver le droit et la liberté de la Science dans l'enseignement supérieur. « Il n'y a pas de doctrine d'Etat, pas de philosophie d'Etat. » — On ne saurait trop applaudir quand on voit un de nos gouvernants défendre ainsi les intérêts de la Science.

Mais, ainsi que le faisait remarquer ces jours-ci certain journal, il y a ici contradiction absolue, frappante, entre l'esprit moderne et l'idée Césarienne, qui règne encore dans les bureaux, de la réglementation de l'enseignement supérieur (1). Nous avons présenté à la mémoire certaine aventure, où un Ministre de l'Instruction publique fut bien moins libéral que M. Bourgeois ; mais à quoi servirait de récriminer sans cesse. Bornons-nous à constater que, malgré nos tendances républicaines, nous vivons encore sous le régime des lois les plus autocratiques qu'il soit possible de trouver. O Mandarin de la Chine, ta race n'est pas encore sur le point de s'éteindre !

M. B.

(1) La conclusion à tirer de cette contradiction flagrante entre les théories libérales d'un ministre et la constitution napoléonienne de l'Enseignement supérieur est qu'il y a intérêt national à créer de suite ces Universités autonomes, pour lesquelles on discute tant et pour lesquelles on n'a pas fait, en somme jusqu'ici, beaucoup de choses.

Le traitement de la tuberculose par la méthode de Koch.

Le Ministre de la guerre de l'Empire austro-hongrois a convoqué tous les médecins en chef de l'armée à Vienne, où ils devront se livrer en commun, pendant plusieurs jours, à des études sur le remède du Dr Koch. Des conférences leur seront faites avec expériences à l'appui, dans les cliniques des professeurs de la Faculté de médecine MM. Billroth, Kaposi et Schratter, ainsi que par deux médecins-majors, à l'hôpital militaire de Vienne.

Le correspondant berlinois de la *Gazette de Hambourg* croit savoir que le docteur Koch aurait stipulé, comme condition de la cession à l'Etat, qu'une somme d'un million de marcs lui serait comptée. Ses préparateurs recevraient 500,000 marcs. En outre, l'inventeur toucherait régulièrement une notable partie de la somme de 4 millions de marcs que l'on espère retirer de la vente annuelle de la lymphe, déduction faite des frais de fabrication. — Sous toutes réserves.

Le Choléra.

Abrogation des décrets de juin 1890. — Un décret promulgué au *Journal officiel* abroge — en raison de la disparition de l'épidémie cholérique d'Espagne — le décret du 18 juin 1890, qui avait interdit l'importation d'Espagne en France, par les frontières de terre et de mer, des fruits et légumes poussant dans le sol ou à niveau du sol ; les décrets du 28 juin 1890, portant déclaration obligatoire des voyageurs venant d'Espagne et obligeant ces voyageurs à déclarer la commune dans laquelle ils se rendent, et le décret du 2 juillet 1890, relatif à la visite médicale des mêmes personnes.

Le Choléra en Guatémala. — Depuis quelques mois le choléra sévit, dit-on, en Guatémala.

Le Choléra en Asie. — L'état des populations du Hedjaz et de la mer Rouge est toujours satisfaisant. Mais du côté de la Syrie et des pays environnants, le choléra continue sa marche envahissante. L'apparition de la maladie à Tripoli menace la capitale du Liban, Beyrouth. A Alep, il y a eu plusieurs cas de choléra, du 18 au 21 décembre. L'épidémie continue ses progrès à Masachi et à Adana. — A la dernière séance du conseil d'Alexandrie, M. Catelan, médecin sanitaire de France, a présenté, au nom des membres délégués des puissances européennes, un ordre du jour de reconnaissance envers le khédive et le gouvernement égyptien, dont le concours a permis d'appliquer des mesures de préservation sérieuses et efficaces contre l'importation du choléra en Egypte et en Europe. Cette adresse a été votée à l'unanimité.

Enseignement médical libre.

Cours de technique histologique. — M. le Dr LATTEUX, ancien chef du laboratoire d'histologie de la Charité, recommencera les cours suivants, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi n° 5 : 1° Le 5 janvier, à 4 heures, technique microscopique, exercices pratiques et diagnostic d'histologie pathologique ; 2° le 12 janvier, à 2 heures, bactériologie pratique et manipulations microbiologiques. Ces cours, essentiellement pratiques, sont destinés à mettre les élèves en mesure d'exécuter toutes les analyses microscopiques et bactériologiques exigées journellement par la pratique 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, 17, rue du Louvre, de 1 h. à 2 h.

NÉCROLOGIE.

M. le Dr César de PAEPE (Bruxelles).

M. le Dr César de PAEPE vient de mourir à Cannes. Ses obsèques ont eu lieu à Bruxelles. C'était une des physionomies les plus intéressantes de la démocratie belge.

Fils d'ouvrier, ouvrier lui-même, il devint médecin en demandant au travail manuel les ressources nécessaires pour ses études.

C'était un Républicain convaincu, un socialiste militant ; sa parole vibrante et ses écrits ont beaucoup fait pour la cause de la démocratie dans son pays.

Adversaire acharné du suffrage censitaire, partisan de la laïcisation hospitalière, de Paepe ne fut pas un ambitieux : il fit surtout de la médecine gratuite.

D'une éloquence entraînante, de cette éloquence à pleins poumons qui est capable de faire marcher les masses au-devant du péril, ce tribun prit part à toutes les luttes socialistes de Belgique, usa sa santé à pareil métier et vient d'en mourir.

Ami de la France, très populaire à Bruxelles, ce médecin du peuple a eu des funérailles payées par le peuple. Toute sa carrière montra qu'il fut sincère, malgré ses malheurs. Quel exemple !

M. B.

© ANM

FORMULES

XV. — Lavement nutritif (Watkins).

XV. Jus de viande	30 gr.
Œuf	n° 1.
Eau-de-vie vieille	20 gr.
Thé de bœuf salé	q. s.

F. s. a. Pour un lavement de 150 gr. (*Sem. Méd.*).

XVI. — Pansement antiseptique sans bandes.
(Socin, de Bâle.)

XVI. On emploie une pâte antiseptique qui adhère solidement à la peau et rend superflu l'usage de bandes et de taffetas gommé.

Cette pâte se compose essentiellement d'oxyde de zinc et de chlorure de zinc mélangés avec de l'eau dans les proportions suivantes :

Oxyde de zinc	50 parties
Eau	50 —
Chlorure de zinc	5 à 6 —

Mêlez intimement.

La pâte doit être employée aussi fraîche que possible.

(*Bulletin médical*).

XVII. — Pommade contre les Engelures (Morron).

XVIII.	Acide phénique neigeux	aâ 4 gr.
	Tannin	
	Teinture d'iode	8 gr.
	Cérat	120 gr.

M. S. A. — Usage externe.

3 applications par jour de cette Pommade (*Sem. Méd.*).

NOUVELLES

Faculté des sciences de Paris. — Un congé, pendant l'année scolaire 1890-91, est accordé, sur sa demande, à M. Bergeron, préparateur de géologie. — M. Limb, licencié ès sciences mathématiques, est nommé préparateur du cours de physique, en remplacement de M. Ledelxer, démissionnaire. — M. Huber, licencié ès sciences naturelles, est nommé préparateur de physiologie, en remplacement de M. Arthus, appelé à d'autres fonctions. — M. Arthus, préparateur, est nommé préparateur de physiologie en remplacement de M. Loye, décédé.

Faculté des sciences de Clermont. — A la date du 28 novembre, un congé, pendant l'année scolaire 1890-1891, est accordé, sur sa demande, à M. Boule, ancien chargé de cours à la Faculté des sciences de Clermont. — A la date du 29 novembre, un congé, pendant l'année scolaire 1890-1891, est accordé à M. Glangeaud, préparateur de géologie à la Faculté des sciences de Clermont. — M. Giraud (J.-L.), licencié ès sciences physiques, maître répétiteur au lycée de Guéret, est chargé des fonctions de préparateur de géologie et minéralogie à la Faculté des sciences de Clermont, pendant la durée du congé accordé à M. Glangeaud (année scolaire 1890-1891).

Faculté des sciences de Lyon. — M. Seyewetz (A.) est délégué, à titre provisoire, dans les fonctions de chef des travaux du laboratoire de chimie industrielle à la Faculté des sciences de Lyon, en remplacement de M. Léo Vignon, appelé à d'autres fonctions. — M. Guittau, préparateur de chimie appliquée à l'agriculture et à l'industrie à la Faculté des sciences de Lyon, est chargé des fonctions de chef des travaux de laboratoire de chimie appliquée à ladite Faculté, pendant la durée du congé accordé à M. Morel (du 1er décembre 1890 au 30 novembre 1891). — M. Marchessaux (Ch.), bachelier ès lettres et ès sciences, est chargé, du 1er décembre 1890 au 30 novembre 1891, des fonctions de préparateur de chimie appliquée à l'agriculture à la Faculté des sciences de Lyon, en remplacement de M. Guittau, appelé à d'autres fonctions. — Un congé d'un an, à partir du 1er décembre 1890, est accordé, sur sa demande, à M. Morel, chef des travaux du laboratoire de chimie appliquée à la Faculté des sciences de Lyon.

Facultés de médecine. — *Bourses d'Etude.* — A la date du 6 décembre sont nommés pour un an, à dater du 1er novembre 1890, boursier près les Facultés de médecine ci-après désignées les candidats au doctorat dont les noms suivent. *Faculté de médecine de Paris* : (1re *année*). M. Roux (L.-J.-Ch.), bourse entière. — (2e *année*). MM. Gosset (A.-L.-Ch.-S.), bourse entière; Rosenthal (G.-F.-L.), demi-bourse; Manoury (J.-F.-L.), demi-bourse; Lafont (A.-A.), demi-bourse; Prodhon (E.-P.-J.), demi-bourse. — (3e *année*). MM. Baruk (I.-N.), bourse entière; Martin (Ch.-M.), bourse entière, Dujarier (L.-Ch.-A.-A.), bourse entière; Poix (J.-M.-J.-G.), bourse entière; Chastenet (P.-L.), demi bourse; Mlle Leclerc (Virginie-Jeanne) (1), demi-bourse, M. Auclair (Ch.-M. J.), demi-bourse. — (4e *année*). MM. Bruswic (J.), bourse entière; Jorand (Am.-C.), demi-bourse. — (5e *année*). MM. Haury (M.-A.), demi-bourse; Finet (M.-A.-P.), demi-bourse; Griner (A.), bourse entière; Cange (G.-E.-H.), demi-bourse. — *Faculté de médecine de Bordeaux* : (2e *année*). M. Briem (J. M.), bourse entière. — (3e *année*). MM. Larre (H.-F.), entière; Rastouil (A.-L.-P.), demi-bourse; Brindel (E.-V.-A.), demi bourse; Donadieu (Ant.-Alb.), demi-bourse; Breffeil, (J.-H.-G.), demi-bourse. — (4e *année*). MM. Riffé (J.-L.-E.), demi-bourse; Lerégé (J.-H.), demi bourse. — (5e *année*). M. Cousin (J.-N.-Ant.), demi-bourse. — *Faculté de médecine de Lille* : (1re *année*). M. Tonnel (E.-S.-L.), bourse entière. — (2e *année*). M. Lozé (P.-F.-A.), bourse entière. — 3e *année*). M. Masset (A.-A.), bourse entière. — (4e *année*). M. Gaudrier (L.-C.), demi-bourse. — *Faculté de médecine de Lyon* : (1re *année*). M. Challiot (E.), bourse entière. — (2e *année*). MM. Goujon (L.), bourse entière; Dupont (Fr.-A.-E.), demi-bourse; Berard (L.-E.), demi-bourse. — (4e *année*). M. Roux (J.-J.), bourse entière. — *Faculté de médecine de Montpellier* : (1re *année*). M. Gaussel (A.-F.-H.), demi-bourse. — (4e *année*). MM. Vedel (M.-J.-V.), demi-bourse; Cavalié (J.-F.), demi-bourse.

Faculté de médecine de Paris. — *Les examens.* — Dans la dernière assemblée des professeurs de la Faculté, on a résolu de modifier le système d'examen actuellement employé. Les élèves seraient rangés en séries de 10. Ils subiraient à part leur examen devant chacun des juges. Les notes seront marquées par des boules blanches, rouges ou noires. La note définitive serait donnée d'après la moyenne des boules obtenues. Cette décision des professeurs a été soumise à l'approbation du ministre. — Qu'on modifie le système d'examen actuellement en vigueur, rien de mieux, si l'on a constaté qu'il présente des inconvénients sérieux. Mais pourquoi donc revenir à l'usage des *boules*, de ces fameuses *boules*, aussi vieilles que le monde... universitaire. Quel besoin de les exhumer ? Les boules de la Faculté de droit, par leur charivari classique au fond d'urnes antiques, empêchaient sans doute de dormir nos maîtres de la rue de l'Ecole-de-Médecine ! Mais, chut ! Ne faisons pas de supposition malveillante.

Nominations. — Le personnel auxiliaire de la chaire de clinique des maladies des voies urinaires pour l'année 1890-91 est composé comme suit : Chef de clinique : M. Albarran ; — chef de laboratoire (section de bactériologie et d'histologie) : M. Hallé ; — chef de laboratoire (section de chimie) : M. Chabrié.

Faculté de médecine de Bordeaux. — A la date du 27 novembre, M. Hazard (P.-N.), bachelier ès lettres et ès sciences, est chargé, pendant l'année scolaire 1890-1891, des fonctions d'aide d'anatomie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux (emploi nouveau).

Faculté de médecine de Lyon. — Sont nommés, pour une période de 3 ans, aides d'anatomie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon : MM. Fabre (J.-M.-J.), bachelier ès lettres et ès sciences complet, en remplacement de M. Curtillet, appelé à d'autres fonctions ; Destot (E.-A-J.), bachelier ès lettres et ès sciences restreint, en remplacement de M. Adenot, appelé à d'autres fonctions ; Villard (M.-J.-E.), bachelier ès lettres et ès sciences restreint (emploi nouveau). — M. Veillot (A.-F.-J.), bachelier ès lettres et ès sciences restreint, est nommé moniteur de travaux pratiques d'anatomie générale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon (emploi nouveau).

— Un congé, du 1er novembre 1890 au 31 octobre 1891, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Berne, professeur de pathologie chirurgicale. — M. Gangolphe est chargé, en outre, d'un cours de pathologie chirurgicale à ladite Faculté pendant le dernier congé accordé à M. Berne. — Un congé, du 1er novembre 1890 au 31 octobre 1891, est accordé, sur sa demande, à Vautier, maître de conférence. — Un congé, sans traitement, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, pendant l'année scolaire 1890-91, à M. Martin, préparateur.

(1) C'est la première fois, croyons-nous, qu'une bourse de doctorat en médecine est donnée par l'Etat à une femme. On n'accusera pas le Ministère de l'Instruction publique de rester indifférent aux efforts faits par le beau sexe rue de l'Ecole-de-Médecine. (M.)

© ANM

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. FOCKEN, licencié ès sciences naturelles, est nommé préparateur d'histoire naturelle à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, en remplacement de M. de Guerne, démissionnaire. — M. BAILLET (P.), bachelier ès sciences, est nommé aide préparateur de physique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, en remplacement de M. Baltet, démissionnaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. BARTH (M.-P.), bachelier ès lettres et ès sciences restreint, est nommé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1890-1891, préparateur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Nancy, en remplacement de M. Chambelland, démissionnaire. — A la date du 8 décembre, un congé, sans traitement, du 1er décembre 1890 au 31 décembre 1891, est accordé, sur sa demande, à M. Rollet, prosecteur à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon. — Un congé, sans traitement, du 1er novembre 1890 au 31 octobre 1891, est accordé, sur sa demande, à M. Weill, aide de clinique à la Faculté de médecine de Nancy.

ECOLES DE PHARMACIE. — *Bourses d'Etudes.* — A la date du 4 décembre sont nommés, pour un an, à dater du 1er novembre 1890, boursiers près les Ecoles supérieures de pharmacie et les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie ci-après désignées, les candidats au grade de pharmacien de 1re classe et au diplôme supérieur de pharmacien dont les noms suivent : *Ecole supérieure de pharmacie de Paris* (1re *année*) : M. Saget (L.), bourse entière; (2e *année*) : MM. Bertrand (G.-E.), bourse entière; Chevallier (J.-M.-T.), bourse entière; Lautissier (Ph.), bourse entière; Guérin (G.), bourse entière; Ployé (Alf.-V.), demi-bourse; Noël (J.-B.-F.-L.), demi-bourse. (3e *année*) : MM. Cordier (J.-A.), bourse entière; Richaud (A.-A.), bourse entière; Lauxerrois (N.-O.), demi-bourse; Coupechoux (C.-H.), demi-bourse. — *Diplôme supérieur* : MM. André (E.-C.), bourse entière; Fourdioux (P.-Ch.), bourse entière. — *Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux* (3e *année*) : MM. Laroulandie (F.), demi-bourse; Guirand (Fr.), demi-bourse. — *Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon* (2e *année*) : M. Gautier (L.-F.-M.), demi-bourse. — *Ecole supérieure de pharmacie de Nancy* (2e *année*) : MM Schaerer (C.), bourse entière; Jacobi (Ch.-L.-G.), bourse entière.

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE PARIS. — M. LEFÈVRE, licencié ès sciences, pharmacien de 1re classe, est nommé préparateur des travaux pratiques de chimie (1re année), en remplacement de M. Cousin, démissionnaire.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER. — M. LABORTE, docteur en médecine, est institué, pour une période de trois ans, chef de clinique médicale.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'AMIENS. — M. FOURNIER, docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

ECOLE DE MÉDECINE D'ANGERS. — A la date du 29 novembre, M. CHARIER (Ch.-F.), 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 DE MÉDECINE DE BESANÇON. — M. BOLOT, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon, est chargé, en outre, d'un cours de physiologie à la dite Ecole, pendant la durée du congé accordé à M. Charbonnel-Salle (2e semestre 1890-1891). — Un congé sans traitement, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1890-1891, est accordé, pour raison de santé, à M. Charbonnel-Salle, professeur de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon.

ECOLE DE MÉDECINE DE CAEN. — A la date du 27 novembre, M. DEMERLIAC (A.-R.), agrégé de l'enseignement secondaire spécial, licencié ès sciences physiques, 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 Caen.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE CLERMONT. — Un congé, sans traitement, pendant l'année scolaire 1890-91, est accordé, sur sa demande, à M. Glangeaud, suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LIMOGES. — M. DEAUX, licencié ès sciences physiques, docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire d'Histoire naturelle.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE REIMS. — Un concours s'ouvrira, le 15 juin 1891, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie. — Un concours s'ouvrira, le 15 juin 1891, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale. Des concours s'ouvriront le même jour pour l'emploi des travaux anatomiques et physiologiques à l'Ecole de médecine de Reims; pour l'emploi de suppléant de la chaire d'Histoire naturelle à la Faculté de médecine de Nancy pour l'Ecole de médecine et de pharmacie de Reims. Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture de chacun de ces concours.

ECOLE DE MÉDECINE DE POITIERS. — A la date du 30 novembre, M. BUFFET-DELMAS, docteur en médecine, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers, est nommé professeur d'anatomie à ladite Ecole.

ECOLE DE MÉDECINE DE REIMS. — M. POZZI, docteur en médecine, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims, est nommé professeur de pathologie externe et de médecine opératoire à ladite Ecole.

ECOLE DE MÉDECINE DE ROUEN. — A la date du 8 décembre, M. CERNÉ, docteur en médecine, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, et chef des travaux anatomiques et physiologiques à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen, est nommé professeur de clinique chirurgicale à la dite Ecole, en remplacement de M. Deménil, décédé.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Mutation des médecins des Hôpitaux.* — Par suite du décès de M. Siredey, et des vacances créées par MM. Laboulbène, Mesnet, Vidal et Féréol, arrivés au terme de leurs fonctions hospitalières, les mutations suivantes auront lieu le 1er janvier 1891 entre les médecins des Hôpitaux de Paris : M. Brouardel passe de la Pitié à la Charité ; — M. Cornil, de Laennec à la Charité ; M. Lancereaux, de la Pitié à l'Hôtel-Dieu ; — M. Landrieux, de Saint-Antoine à Lariboisière ; — M. Landouzy, de Tenon à Laennec ; — M. du Castel, du Midi à Saint-Louis ; — MM. Robin, de l'hospice des Ménages à la Pitié ; — M. Balzer, de Lourcine au Midi ; — M. Muselier, de Tenon à la Pitié. — Passent du bureau central : MM. Talamon et Brault à Tenon ; — Ballet à Saint-Antoine ; — Renault à Lourcine ; — Brocq, à Larochefoucault ; — Barrié aux Ménages ; — Comby à Sainte-Périne.

Mutations des chirurgiens des Hôpitaux. — A partir du 1er janvier prochain, M. Th. Anger passe de Cochin à Beaujon ; — M. Schwartz, de la maison Dubois à Cochin ; — M. Quénu, d'Ivry à Cochin ; — M. Nélaton, d'Ivry à la maison Dubois ; — M. Prengrueber, du bureau central à Ivry ; — M. Campenon, du bureau central à Bicêtre.

Concours de la médaille d'or de médecine. — Le concours de la médaille d'or de médecine s'est terminé par les nominations suivantes : M. SOUQUES, médaille d'or ; M. Mosny, médaille d'argent ; M. Luzet, mention honorable. La question orale avait été : Séméiologie du cœur et de l'aorte dans la fièvre typhoïde. La question écrite était : Glomérule du rein ; Diagnostic et pronostic des scléroses rénales.

Concours de la médaille d'or des Hôpitaux. (Section de Chirurgie). — La question posée à l'épreuve écrite a été : *Duodénum; plaies de l'intestin.* — L'épreuve de mémoire est terminée. M. Legueu a obtenu la meilleure note.

Création de nouveaux services de Dermatologie dans les Hôpitaux. — Dans sa dernière séance, la Société des Hôpitaux a voté en faveur de la proposition faite par un de ses membres de créer un service de Dermatologie dans les Hôpitaux de Lourcine et du Midi.

BIBLIOTHÈQUE DE NICE. — Du comité d'inscription et d'achats de livres vient d'être nommé M. le Dr Baréty.

CONFÉRENCE SUR LA LAÏCISATION DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — M. le Dr BOURNEVILLE fera une conférence sur ce sujet, le samedi 27 courant, à 8 h. 1/2 du soir, dans la grande salle des Fêtes de la mairie du Ve arrondissement. Cette conférence, qui sera présidée par M. le Dr de LANESSAN, député, a été organisée par les soins de la *Bibliothèque populaire des Amis de l'Instruction.*

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — A la date du 10 décembre, le Conseil supérieur de l'Instruction publique est convoqué en session ordinaire pour le mardi 23 décembre 1890. La durée de cette session sera de huit jours.

CONGRÈS NÉERLANDAIS DES SCIENCES MÉDICALES. — Ce Congrès aura lieu le 3 et le 4 avril 1891 à Utrecht.

LA FIÈVRE TYPHOÏDE EN FRANCE. — M. le Dr Thoinot a donné cette semaine lecture, au Comité d'hygiène publique de France, d'un rapport sur la *fièvre typhoïde en France.* Les conclusions

© ANM

vaises par le Comité sont les suivantes : I. L'eau est le véhicule principal de la fièvre typhoïde : eau souillée et fièvre typhoïde sont deux termes qui s'enchaînent pour une ville. — II. L'assainissement d'une ville contre la fièvre typhoïde se résume dans un terme majeur : la pureté de l'eau et sa protection contre toute souillure ; tous les autres termes sont secondaires et indirects. — III. Une ville n'est vraiment assainie contre la fièvre typhoïde que lorsque toutes ses parties sans exception reçoivent toujours, et en tout temps, de l'eau pure, lorsque toutes les eaux suspectes sont radicalement supprimées et qu'il n'entre plus une seule goutte de ces eaux dans la consommation. — IV. Les villes foyers de fièvre typhoïde sont un danger national, un danger pour l'ensemble du territoire.

PLATRAGE DES VINS. — M. le garde des sceaux vient, dans une circulaire, de porter à la connaissance des procureurs généraux les décisions suivantes du Comité consultatif d'hygiène : 1° L'addition d'acide sulfurique au vin, quelle qu'en soit la proportion, est nuisible à la santé du consommateur ; 2° Il importe de faire une distinction absolue entre le sulfate de potasse produit par addition directe au vin d'acide sulfurique : ce dernier est constitué par du sulfate acide de potassium ; 3° Il est possible de démontrer, par une analyse complète des sels du vin, que le sulfate de potasse provient de l'addition directe d'acide sulfurique au vin et non du plâtrage ; 4° Le Comité est d'avis qu'il y a lieu d'interdire, dès à présent, l'addition directe d'une quantité quelconque d'acide sulfurique au vin, ainsi que la circulation et la vente des vins ainsi falsifiés.

POLICLINIQUE DE PARIS. — Dans sa séance du 23 décembre, le Conseil municipal de Paris a voté en faveur de la *Policlinique de Paris*, 28, rue Mazarine, une subvention de *cinq mille* francs, sur le rapport de notre ami Strauss, appuyé par notre ami Pétrot. Tous les deux ont rendu un hommage éclatant à l'institution de cette œuvre philanthropique. — Ajoutons que, prochainement, la *Policlinique* commencera une série de cours *libres, publics et gratuits*, pour les infirmières, ambulancières et gardes-malades de la Ville, analogues à ceux qui se font dans les Ecoles municipales de Paris. Ces cours seront annoncés dans les premiers jours de janvier. Le programme sera le même que celui qui a été élaboré pour les *Ecoles municipales* d'infirmières.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE. — La conférence annuelle BROCA aura lieu le lundi 29 décembre 1890, à 4 heures précises, à la *Société d'Anthropologie de Paris*, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine. Le conférencier, M. L. MANOUVRIER, traitera *Des aptitudes et des actes dans leurs rapports avec l'anatomie*. On se procure des cartes au siège de la Société.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr Antoine CLAMENT, décédé à Laforce (Dordogne), à la suite d'une hémorragie cérébrale, âgé de quatre-vingt deux ans. Il était le père du Dr C. Clament, député de la deuxième circonscription de Bergerac, et l'oncle de MM. Mounet-Sully, et Paul Mounet, de la Comédie-Française. Modeste praticien de campagne, le Dr A. Clament exerça la médecine à Laforce pendant plus de cinquante ans. Il fut un des premiers et des plus zélés collaborateurs du pasteur John Bost, philanthrope qui fonda, en 1848, les établissements charitables si connus sous le nom d'Asiles de Laforce. Républicain ferme et dévoué, il fut nommé maire de Laforce en 1848, par le gouvernement provisoire et ne voulut jamais prêter serment à l'empire. Le 4 septembre 1870, il fut de nouveau nommé maire de Laforce par Gambetta. Révoqué au 16 Mai il reprit ces fonctions à la chute de ce gouvernement et les conserva jusqu'en 1884, époque où il fut remplacé par son fils. Sa mort laisse d'unanimes regrets dans les populations du canton de Laforce. — M. le Dr E. PALLE (Epernay). — M. le Dr QUESNAY, ancien médecin-inspecteur de l'armée. — M. le Dr PICHOT (de la Loupe). — M. le Dr SOGNET (de Liverdun). — M. le Dr VERDELLOT (Ivry-sur-Seine). — M. le Pr COPPOLA, professeur de pharmacologie expérimentale, à l'Ecole de médecine de Florence. C'était un jeune physiologiste de valeur qui, au récent Congrès de Bâle, avait fait devant nous une fort intéressante expérience. — M. le Dr JACOBSON (de Berlin). — M. le Dr BECKER, professeur à Helsingfors. — M. le Dr PIÉCHAUD (de Genève). — M. le Dr TANQUERAY (Coutances). — M. le Dr CARRÉ (Saint-Maixent).

ON DÉSIRERAIT acheter les *Annales de Dermatologie* de 1880 à 1887. S'adresser, pour les conditions, aux bureaux du journal.

Phthisie, Bronchites chroniques. —EMULSION MARCHAIS.

Phthisie. VIN DE BAYARD à la peptone phosphatée, le plus puissant reconstituant de la thérapeutique. Une à deux cuillerées par repas.

PEPTONATE DE FER ROBIN. — 10 à 20 gouttes par repas. (Chloro-Anémie).

Précieuse. Source de VALS, très efficace contre les affections du Foie et de la Vessie. (Calculs, Gravelle, Diabète, Goutte, etc.) *Prescrite par les Médecins des Hôpitaux de Paris.*

Albuminate de fer soluble (LIQUEUR DE LAPRADE) le plus assimilable des ferrugineux (Pr Gubler). Une cuillerée à chaque repas. Chlorose et troubles de la menstruation, c'est le fer gynécologique par excellence.

Dyspepsie. — VIN DE CHASSAING. — *Pepsine.* — *Diastase.*

ANÉMIE LA BOURBOULE DIABÈTE
Enfants débiles, voies respiratoires
MALADIES DE LA PEAU, RHUMATISMES

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 31 DÉCEMBRE étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement a cessé 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 à partir du **25 janvier**, *augmentée de* UN FRANC *pour frais de recouvrement. Nous les engageons donc à nous envoyer de suite 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. — Enfin, nous invitons ceux d'entre eux qui auraient égaré des numéros de 1890 à nous les réclamer **avant le vingt janvier.**

Avis à nos lecteurs.

Nous rappelons à nos lecteurs, à nos abonnés et à nos collaborateurs que tout ce qui concerne la rédaction (livres, journaux, manuscrits, communications, etc.) *doit être adressé au Rédacteur en chef, et tout ce qui concerne l'Administration* (abonnements, librairie, annonces, changements d'adresse, mandats) *à M. Hippolyte Durand.* — **Prière d'écrire très lisiblement.**

Chronique des Hôpitaux.

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — *Clinique médicale.* — M. le Dr BRISSAUD. Conférences cliniques tous les mercredis à 9 h. 3/4.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès Médical.

GUINON (G.) et PARMENTIER (E.). — **Sur une complication peu connue de la sciatique** (paralysie amyotrophique dans le domaine du poplité). Brochure in-8 de 42 pages. — PRIX : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés . . . . . 1 fr.

SAILLARD DE RAVETON. — **Nouvelle thérapeutique des maladies nerveuses et chroniques, coup d'œil sur la vie.** Brochure in-8 de 8 pages. — Prix . . . . . 0 fr. 15 c.

SAILLARD DE RAVETON. — **Electrothérapie** (médication électrique appliquée aux maladies nerveuses et organiques chroniques et aiguës). Brochure in-8 de 8 pages. — Prix . . . . . 0 fr. 15 c.

SAILLARD DE RAVETON. — **Etudes médico-philosophiques sur les maladies nerveuses** (considérations générales sur leurs causes et leur traitement). Brochure in-8 de 31 pages. — Prix . . . . 0 fr. 50 c.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.